Path. 1375 u

COMPENDIUM

DER

PSYCHIATRIE

FÜR

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE

VON

Dr. J. WEISS,

PRIVATDOCENT FÜR PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT UND WIRKLICHES MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN.

WIEN 1881.

VERLAG VON BERMANN & ALTMANN

(ALLEINIGER INHABER DAVID BERMANN)

I. JOHANNESGASSE, NO. 2.

Schaible!

56 1/17 80 6/13

6

Weiss'

Compendium der Psychiatrie.

COMPENDIUM

DER

PSYCHIATRIE

FÜR

PRAKTISCHE ÄRZTE UND STUDIERENDE

VON

Dr. J. WEISS,

PRIVATDOCENT FÜR PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT UND WIRKLICHES MITGLIED DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÄRZTE IN WIEN.

BIBLIOTHECA

WIEN 1881.

VERLAG VON BERMANN & ALTMANN

(ALLEINIGER INHABER DAVID BERMANN)

I. JOHANNESGASSE, NO. 2.

Alle Rechte vorbehalten.

BIBLIOTHECA
REGIA
MONACENSIS

Buchdruckerei von Karl Prochaska in Teschen.

Dem Herrn

Dr FRIEDRICH KORÁNYI

KÖNIGL. RATH UND O. Ö. UNIVERSITÄTS-PROFESSOR

IN BUDAPEST

ZUGEEIGNET.

Vorwort.

Die letzten Jahre waren so reich an zusammenfassenden psychiatrischen Werken, als gälte es, eine lange fortgesetzte Unterlassung gut zu machen. Diese erregtere Thätigkeit der Fachmänner bezeichnet jedoch weder einen temporären Abschluss der Specialforschungen, noch eine Fülle von aufgehäuftem und unter bestimmte und unverrückbare Gesichtspunkte gebrachtem Materiale der Casuistik und klinischen Untersuchung. Nicht um eine blos formelle Zusammenfassung von schon geordneten und nach Inhalt und gesetzmässigem Ablauf erkannten pathologischen Erscheinungen handelt es sich in den schon vorliegenden Handbüchern der Psychiatrie. Uns scheint ein anderer, dem eben erwähnten fast entgegengesetzter Zwek maassgebend gewesen zu sein. Die in grosser Zahl vorgelegenen, weniger umfangreichen Specialarbeiten und Studien drohten bei der totalen Divergenz der Grundanschauungen das gemeinsame Ziel aus dem Auge zu verlieren; als welches Ziel doch nur die Feststellung einheitlicher und pragmatischer Gesetze für die beobachteten Krankheitserscheinungen und deren Combination zu Krankheitsformen zu bezeichnen ist. Jeder einzelne Fachmann legte sich die Erscheinungen und Beobachtungen, die ihm zu Gebote standen, in eigener Weise zurecht, schuf sich eine eigenthümliche Auffassung und ein Schema, nach welchem er die Ergebnisse seiner Erfahrung

ordnete und konnte so nur mit seinem eigenen Maasse gemessen werden. Diesem Zustande der Untersuchungen entsprach auch der psychiatrische Unterricht. So viele Lehrer, ebenso viele Lehren. Dass dabei der psychiatrische Unterricht an Interesse uud Theilnahme nur verlieren konnte, liegt auf der Hand. Denn Wissenschaften von local begrenzter Wahrheit dürfen kaum auf locale Werthschätzung Anspruch erheben.

Solchen Betrachtungen dürften die Bemühungen entsprungen sein, allgemeine und zusammenfassende Gesichtspunkte von weitreichender Giltigkeit und ausgedehnterem Interesse für die klinische Psychiatrie zu schaffen auf Grund des vorhandenen Beobachtungsmaterials. In wie weit dies gelungen ist, — das zu untersuchen und darzuthun, kann hier nicht unsere Sache sein.

Wohl aber war es klar, dass die vorhandenen Handbücher schon wegen ihres Umfanges kaum geeignet waren, den Bedürfnissen der praktischen Aerzte und der Studierenden Rechnung zu tragen. Insbesondere konnte es nicht Sache der, von zahlreichen Specialstudien überhäuften Studierenden sein, umfangreichere psychiatrische Werke zu studieren und in den vielverschlungenen Bahnen eines ihnen, wegen der fremdartigen Erscheinungen gänzlich unbekannten klinischen Gebietes sich zurecht zu finden. In welcher Weise das eventuelle Wagniss noch erschwert wurde, wollen wir hier ganz unerwähnt lassen.

Es konnte daher gerechtfertigt erscheinen, ein nach Inhalt und Form compendiöses Resumé des heutigen psychiatrischen Wissens zu liefern. Es liegt nicht in der Intention des vorliegenden Compendiums, den, besonders in letzter Zeit geschaffenen, umfangreichen Hand- und Lehrbüchern der Psychiatrie als gleichwerthig angereiht zu werden.

Der ganze Apparat von weitläufigen Beweisführungen und casuistischer Erhärtung des Vorgebrachten wurde deshalb auch gemieden und die Darstellung beschränkt sich bloss auf die Anführung dessen, was man heute als feststehend oder doch als im hohen Grade wahrscheinlich betrachten darf. Von der Beibringung casuistischer Mittheilungen wurde Umgang genommen, weil man in der Auswahl wirklich tpyischer Fälle leicht in allzu gewissenhafter und wählerischer Weise die seltensten herausgreift und die häufigen und zahlreichen Varianten solcher Krankheitstypen aus Gründen der Uebersichtlichkeit weniger beachtet. Dadurch gewöhnt sich der Schüler ein Normalmaass zu handhaben, das er nur in seltenen Fällen zutreffend finden wird.

Die nicht geringfügigen zweifelhaften Punkte wurden nur angedeutet und deren Lösung einzig und allein innerhalb des Rahmens der klinischen Beobachtung gesucht. Eine Entscheidung solcher, bisher noch nicht definitiv beantworteter Fragen auf dem Wege eines syllogistischen Beweisverfahrens haben wir nicht gesucht, weil in einer klinischen Disciplin nicht immer das logisch Unumstössliche auch den Thatsachen der Erfahrung am Krankenbette vollkommen entspricht.

In der Ausführung der Krankheitssymptome ist denjenigen Erscheinungen Aufmerksamkeit gewidmet, die dem praktischen Arzte und dem Studierenden auf ihrem täglichen Wege begegnen oder begegnen können und deren richtige Erwägung ihn in den Stand setzt, eine Geistesstörung zu constatiren oder auszuschliessen. Ebenso beschränkt sich die Darstellung der sogenannten psychischen Krankheitsformen, besser: der Symptomencomplexe psychischer Störungen auf die zweifellos sicheren Ergebnisse der Erfahrung. In je grösseren Umrissen die Grenzen derselben gezogen sind,

umso gewisser und zwangloser können Abweichungen und Variationen einzelner Krankheisfälle in diesem Schema untergebracht werden, welche Abweichungen und Variationen doch auch in der breitesten Ausführung nicht erschöpft werden können und deren Erkenntniss und Verwerthung immer nur durch eine grosse und ununterbrochene Erfahrung ermöglicht wird.

Der Verfasser.

Inhalts-Verzeichniss.

Seite

Einleitung 1

Begriffsbestimmung und Inhalt der Psychiatrie. — Werth der pathol.-anatomischen Thatsachen. — Die speculativ-psychologischen Anschauungen und deren Beziehung zur Gehirnanatomie. — Die Thatsachen der klinischen Psychiatrie: die Krankheitssymptome und deren Gruppen. — Bedeutung der Symptomengruppen.

A) Allgemeiner Theil:

Die Symptome des Irreseins.

1. Cap. **Wahnideen und Hallucinationen** 9

Begriffsbestimmung der Hallucination. — Esquirol's Definition. — Die cerebrale Grundlage der Hallucinationen. — Casuistische und physiologische Behelfe. — Analogie der Hallucination und anderer physiologischer Vorgänge der Hirnrinde. — Definition der Wahnidee. — Wesensgemeinschaft der Wahnideen und Hallucinationen. — „Zwangsvorstellungen" und ihre hallucinatorischen Analoga. — Inhalt der Wahnideen und Hallucinationen und dessen diagnostische Bedeutung. — Die Beziehungen derselben zu den Verstimmungszuständen und zur cerebralen Gesammtleistung. — Mannigfaltigkeit der Hallucinationen und Wahnideen. — Combination dieser Störungselemente.

2. Cap. **Die psychische Schwäche** 32

Schwierigkeit der Wesensbestimmung. — Die Handlungsweise der Dementen. — Die psychische Schwäche als Einzelsymptom und als Krankheitszustand, als primäre und secundäre Erscheinung. — Terminale Blödsinnszustände. — Die Demenz als Veranlagung zu späteren Störungen. — Die prognostische Bedeutung der Demenz als Detailerscheinung und als Gesammtzustand. — Stupor und Demenz.

3. Cap. **Die Verstimmung** 45

Wesen der krankhaften Verstimmung. — Die Arten der Verstimmung: Die traurige, heitere und reizbare Verstimmung und deren Bedeutung als Einzelsymptome und als Krankheitszustände. — Die klinische Werthschätzung der reinen Verstimmungen.

Seite

4. Cap. **Die Angst** 56

Die Localisation der Angstempfindung: Präcordialangst. — Die respiratorischen und circulatorischen Erscheinungen der Angst. — Der psychische Ausdruck derselben. — Die tobsüchtige Aufregung aus Angst. — Das Verhältniss der Hallucinationen und Wahnideen zur Angst. — Der Angstzustand der Alcoholvergiftung. — Die Angst als Terminalstadium der Paralyse. — Der „Furor melancholicus“. — Die Angst als Symptom der Epilepsie. — Die Panphobie.

5. Cap. **Der Stupor** 67

Die Erscheinungsweise des Stupors. — Das Muskelverhalten im Stupor. — Die „Flexibilitas cerea“. — Die Sensibilität der Kataleptischen. — Der Stupor in der Paralyse. — Gehirnbefund. — Der Stupor als Krankheitszustand und als Krankheitsstadium. — Die symptomatologische Bedeutung des Stupors.

6. Cap. **Die Abstinenz** 77

Das Vorkommen der Abstinenz. — Deren Verhältniss zu Wahnvorstellungen und Hallucinationen. — Die Abstinenz als Complicationserscheinung des Stupors. — Die Bekämpfung der Abstinenz und deren Methoden.

7. Cap. **Die Incohärenz** 85

Wesensbestimmung der Incohärenz. — Die primäre und secundäre Incohärenz. — Die „Paraphrasia vesana“. — Die aphatische Incohärenz.

8. Cap. **Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen** . . . 91

Die symptomatologische Bedeutung der Empfindungs- und Bewegungsstörungen. — Das Vorkommen der Sensibilitätsstörungen. — Deren Verhältniss zu Wahnvorstellungen und Hallucinationen. — Die Sensibilitätsstörungen der Paralytiker. — Die Motilitätsstörungen als Ausfluss localisirter und diffuser Gehirnprocesse. — Bewegungsstörungen nach Schädeltrauma. — Die Chorea. — Convulsionen. — Die prognostische Bedeutung der Empfindungs- und Bewegungsstörungen.

B) Specieller Theil:

Die Symptomengruppen des Irreseins.

1. Cap. **Die paralytische Geistesstörung** 103

Die Grundcharaktere der Paralyse. — Die Erscheinungsweisen der paralytischen Geistesstörung. — Die psychischen und motorischen Initialsymptome. — Die maniakalische Form der Para-

Seite.

lyse. — Die depressiv-hypochondrische Form der Paralyse. — Die ausgeprägten Krankheitserscheinungen des Bewegungsapparates. — Charakter der Sprach-, Schreibe- und Lesestörung. — Die Sensibilitätsstörungen. — Die apoplectiformen und epileptiformen Anfälle. — Das ängstlich-stuporöse Stadium. — Die Circulations- und vasomotorischen Störungen: Temperatur, Puls, Oedeme, Othämatome, Decubitus. — Das Vorkommen der Paralyse nach Geschlecht und Alter. — Die Ursachsmomente. — Der Verlauf. — Die Prognose. — Die Behandlung. — Die Differentialdiagnose (die luetische, alcoholische und senile Paralyse). — Pathologische Anatomie.

2. Cap. **Die Epilepsie** 143

Bestimmung des Symptomencomplexes der Epilepsie. — Der Krampfanfall. — Das „Petit mal". — Die Grundcharaktere der epileptischen Störung. — Die Symptome der epileptischen Geistesstörung. — Die prae- und postepileptischen Zustände. — Die Dauer derselben. — Die intervalläre Zeit. — Der Status epilepticus. — Das Vorkommen der Epilepsie nach Alter und Geschlecht. — Die Entstehungsursachen der Epilepsie. — Der Verlauf. — Der epileptische Charakter. — Die Therapie.

3. Cap. **Der Alcoholismus** 169

Die intoxicatorischen Constituenten der alcoholischen Getränke. — Die Formen der Alcoholvergiftung. — Das Symptomenbild des acuten Alcoholdeliriums: die Hallucinationen, die Angst; die motorischen Symptome; die Convulsionen. — Die lethale Alcoholvergiftung. — Das Auftreten des Alcoholdeliriums. — Verlauf und Prognose des acuten Alcoholdeliriums. — Die Symptomatologie des chronischen Alcoholismus: die alcoholische Verrücktheit und die Demenz mit Lämungen. — Verlauf und Prognose. — Der Alcoholismus in Beziehung zu Geschlecht und Alter. — Die Behandlung.

4. Cap. **Die Verrücktheit** 185

Historisches. — Die Verrücktheit und die psychotischen Secundärzustände. — Die psychische Schwäche der Verrückten. — Klinische Umschreibung des Symptomencomplexes der Verrücktheit. — Das Symptomenbild: Wahnvorstellungen, Hallucinationen und deren Verknüpfung. — Der Grössenwahn der Verrückten. — Die Verstimmungszustände. — Der Verlauf. — Die Prognose. — Das Auftreten der Verrücktheit nach Alter und Geschlecht. — Die Behandlung. — Differentialdiagnostisches.

Seite

5. Cap. **Die Demenz** 201

Schwierigkeiten der klinischen Umschreibung des Symptomencomplexes. — Der angeborene Blödsinn: Cretinismus, Idiotismus. — Psychische und somatische Erscheinungen des angeborenen Blödsinnes. — Die leichten Grade der angeborenen geistigen Schwäche. — Erworbene Schwachsinnszustände. — Der Entwicklungsgang der Schwachsinnigen. — Das klinische Bild der psychischen Debilität. — Das „moralische Irresein". — Intercurrirende acute psychische Störungen bei Dementen. — Die primäre Demenz des Seniums. — Verlauf und Prognose. — Behandlung.

6. Cap. **Die Melancholie** 221

Umschreibung des Symptomencomplexes der Melancholie. — Prodromalstadium und Initialsymptome. — Die reine traurige Verstimmung. — Die Angstzustände. — Melancholia agitata. — Die Selbstmorde und Selbstmordversuche der Melancholiker. — Die somatischen Erscheinungen der Melancholie. — Die sogenannte stuporöse Melancholie. — Der Verlauf. — Die Prognose. — Complicationen der Melancholie. — Das Auftreten der Melancholie nach Alter und Geschlecht. — Die aetiologischen Momente. — Pubertät und Senium; Gravidität, Puerperium und protrahirte Lactation. — Therapie. — Die Abstinenz der Melancholiker.

7. Cap. **Die Manie** 245

Klinische Umschreibung des Symptomencomplexes. — Prodromal- und Initialstadium. — Die tobsüchtige Aufregung. — Die Ideenflucht. — Grössenwahnvorstellungen. — Hallucinationen. — Verlauf und Ausgang. — Prognose. — Aetiologie: Heredität, Trauma, Puerperium, Senium, Atropinvergiftung. — Das Auftreten der Manie nach Geschlecht und Alter. — Differentialdiagnose. — Behandlung. — Zwangsbehandlung.

8. Cap **Die circuläre Geistesstörung** 261

Symptomenbild der circulären Geistesstörung. — Initialstadium. — Dauer der einzelnen Erkrankungsphasen. — Die Intervalle. — Die Krankheitserscheinungen der einzelnen Phasen. — Aetiologie. — Alter und Geschlecht. — Prognose. — Therapie.

Anhang 266

Einleitung.

Gegenstand der Psychiatrie ist jene Gruppe der Gehirnaffectionen, die in Störungen der psychischen Functionen zum Ausdruck kommen. Die Psychiatrie ist demnach ein Capitel der Gehirnpathologie. Dass nichts destoweniger die Psychiatrie die Würde einer selbständigen Disciplin für sich beansprucht, liegt in dem eigenthümlichen Charakter der krankhaften Symptome, der sie von allen anderen Krankheitserscheinungen, und auch von denen der Gehirnpathologie im weiteren Sinn, in so auffälliger Weise unterscheidet. Die Nothwendigkeit einer selbständigen Behandlung der Psychosen und ihrer Lostrennung von den Gehirnaffectionen im Allgemeinen liegt weiter in dem Umstande, dass einerseits der grösste Theil der Gehirnaffectionen keineswegs eine psychiatrische Begutachtung herausfordert und dass andererseits nur der kleinste Theil der Psychosen eine unzweifelhafte und erkennbare pathologisch-anatomische Grundlage nachweisen lässt. Die psychischen Störungen machen darin eine hervorragende und auffällige Ausnahme von den meisten krankhaften Vorgängen im Organismus. Denn so unzweifelhaft sicher die psychischen Störungen der Ausdruck von Gehirnaffectionen sind, so unbestimmbar und unfassbar ist derzeit deren eigentliches Wesen und deren cerebrale Ursache. Die Berechtigung, die Geistesstörungen als Ausflüsse von Störungen des Gehirnlebens zu betrachten, schöpfen wir wohl nur zum geringsten Theile aus einem vorliegenden und in seiner ganzen Bedeutung erkannten pathologisch-anatomischen Materiale. Jedem, der sich mit Medicin beschäftigt, ist es bekannt, dass das Gros des ihm bekannt gewordenen pathologisch-anatomischen Gehirnmaterials nicht von Geisteskranken stamme; und ebenso wird es jedem, der sich mit Psychiatrie beschäftigt, klar geworden

sein, dass die pathologisch-anatomische Ausbeute an psychotischen Gehirnen keineswegs bedeutend, noch weniger für bestimmte psychotische Symptomencomplexe typisch sei. Am allerwenigsten aber enthalten die Befunde eine zureichende und erschöpfende Erklärung der im Leben beobachteten krankhaften psychischen Erscheinungen. Es geht daraus hervor, dass den psychischen Störungen in vielen, vielleicht in den meisten Fällen Affectionen des Gehirnes zu Grunde liegen müssen, die unsern bisherigen Untersuchungsmethoden nicht zugänglich sind und dass es zum vollen Verständnisse der allenfalls greifbaren und nachweisbaren Gehirnveränderungen, mit Hinblick auf die durch dieselben hervorgerufenen psychischen Alienationserscheinungen, noch eines vermittelnden Fadens bedarf, der uns aber derzeit noch unbekannt ist. So selbstverständlich und banal für andere klinische Disciplinen der Hinweis wäre, dass das Auffinden dieser beiden unbekannten Grössen nur durch die Physiologie des betreffenden Organs ermöglicht werden kann, so nothwendig erscheint derselbe in dem Gebiete der Gehirnpathologie. Nur die Pathologie des Gehirns, und speciell das uns beschäftigende Capitel derselben, die Psychiatrie, bescheidet sich mit anatomischen und pathologisch-anatomischen Forschungen zum Zwecke der Aufhellung der klinischen Erscheinungen und ist hocherfreut über jeden Zuwachs aus den erwähnten Gebieten, wenngleich sie die gewonnenen anatomischen und pathologisch-anatomischen Resultate in so lange nicht klinisch zu verwerthen im Stande ist, als ihr die Physiologie des Organs nicht in ausreichendem Masse zu Hilfe kommt. Es gilt ja zu bedenken, dass auch in anderen klinischen Disciplinen der pathologische Befund nur insoferne für die Klinik Werth hat, als er die Krankheitserscheinungen begreiflich macht und dass die Vermittlung der Erkenntniss eines causalen Zusammenhanges zwischen Befund und klinischen Erscheinungen nur durch die Kenntniss der Physiologie, d. h. der Functionsweise des betreffenden Organs zu Stande gebracht wird.

Damit ist die Bedeutung insbesondere des pathologisch-anatomischen Materials durchaus nicht geschmälert, denn dasselbe besitzt einen genügend grossen selbständigen Werth und

wird, wenn einmal die Physiologie des Gehirns erschlossen sein wird, in reichem Masse das leisten, was es bis nun noch nicht zu leisten vermag und was uns dasselbe bis heute als ungehobenen Schatz betrachten lässt.

Und gerade auf dieser Unbrauchbarkeit und Unverständlichkeit der anatomischen und pathologisch-anatomischen Daten basiren die speculativ-psychologischen Ausführungen der heutigen Psychiatrie, die in der willkürlichen und durch nichts erwiesenen Dreitheilung der cerebro-psychischen Functionen, in Gefühls-, Vorstellungs-und Willenssphäre, den Schlüssel zur Anordnung nnd zum Verständnisse der mannigfaltigen krankhaften Erscheinungen gefunden zu haben meint. Und doch werden ebensowenig die krankhaften Cerebralvorgänge durch Zugrundelegung dieser Dreitheilung dem Verständnisse näher gerückt, als es die normalen psychischen Vorgänge wurden. Der Psychopathologie aber erwächst aus dieser speculativen Anschauungsweise der weitere Uebelstand, dass, da sie doch in allen ihren Theilen eine medicinisch-naturwissenschaftliche Disciplin bleibt, die psychologischen Begriffe mit den anatomischen Daten in erzwungenen Einklang gebracht werden. Es werden Gehirnbezirke für die Gemüthsstörungen und andere für die Störungen der Verstandesthätigkeit namhaft gemacht und man übersieht hiebei vollständig, dass der stringente Beweis der wirklichen Wesensverschiedenheit der angenommenen drei Sphären cerebraler Vorgänge durchaus nicht erbracht ist.

Dazu kommt der für unsere Erwägung massgebende Umstand, dass die klinische Beobachtung keinen Anhaltspunkt und keinerlei Beweisgründe für die Richtigkeit oder auch nur Zulässigkeit einer solchen Eintheilung der psychischen Störungen enthält. Die psychiatrische Erfahrung kennt ebenso wenig Störungen des Gemüths ohne begleitende Alteration des Verstandes, als umgekehrt Urtheilsstörungen ohne Aenderungen des Gemüthslebens und des Willens, oder reine Störungen der Willenssphäre. Nicht nur, dass die Beziehungen der supponirten drei Functionssphären des cerebralen Lebens ununterbrochen und lebendig sind, sondern sie stehen auch in so directem Verhältnisse

zu einander, dass eine Trennung praktisch unmöglich und theoretisch undenkbar ist.

Unter solchen Umständen und weil uns jeder Einblick in den gesetzmässigen Ablauf der cerebralen Geschehnisse bis nun noch vollständig fehlt, wird die Darlegung der psychischen Störungen sich auf die blosse Beschreibung und auf die Erörterung der Thatsachen der klinischen Beobachtung beschränken müssen. Solche Erfahrungsthatsachen sind vor Allem die Erscheinungen, aus welchen wir auf das Vorhandensein von Geistesstörungen schliessen uud dann die empirisch constatirten Gruppen krankhafter Erscheinungen, die ein oft wiederkehrendes, in seinem Ablauf mehr weniger typisches Krankheitsbild erkennen lassen.

Hieraus ergibt sich in ungezwungener Weise die Eintheilung unseres ganzen Gegenstandes in einen allgemeinen Theil, der die Symptomatologie des Irreseins in sich schliesst, und in einen speciellen Theil, dessen Inhalt die empirisch festgestellten Symptomencomplexe bilden. Es kann begreiflicherweise nicht im Plane eines Compendiums liegen, den krankhaften Symptomen in ihre noch unerkannte Entstehung und physiologische Werthschätzung mit mehr minder gewagten hypothetischen Erwägungen nachzugehen. Vielmehr muss sorgfältig alles vermieden werden, was von dem rein praktischen Interesse ablenken könnte und kann theoretischen Betrachtungen nur so weit Raum gelassen werden, als zum vollen Verständnisse der behandelten Krankheitssymptome unbedingt nothwendig ist. Die möglichst einfache Zeichnung der Symptome, deren klinische Bedeutung, deren Ablauf und Prognose werden die Punkte sein, denen unsere ganze Aufmerksamkeit zugewendet werden muss.

Für den speciellen Theil bestimmend war die Ueberzeugung, dass man es in den daselbst behandelten Symptomengruppen keineswegs mit vollständig unverrückbaren Krankheitsformen zu thun hat, dass dieselben vielleicht nur einen vorübergehenden Werth haben. So wie ihre Entstehung und klinische Feststellung nur in der empirischen Beobachtung wurzelt, so können sie durch neue Erfahrungsthatsachen verändert werden. Sie sind weit entfernt davon, Erkrankungsformen zu repräsentiren, denen genau gekannte und nachweisbare Störungen fest-

stehender Gesetze der Physiologie des Gehirns zu Grunde liegen; sie sind nichts anderes, als der Ausdruck einer grösseren Reihe von klinischen Erfahrungen, die gleiche oder ähnliche Symptomengruppen mit bestimmter Verlaufsweise erkennen lassen. Die so gewonnenen Krankheitsbilder können aus den schon erwähnten Gründen keine wissenschaftliche Bedeutung beanspruchen, so lange nicht der cerebrale Vorgang in seinem gesetzmässigen Ablauf erkannt ist, der eine bestimmte Gruppirung und Verlaufsweise der Krankheitssymptome in directer Weise bedingt. Und so kann man den bis nun sogenannten psychischen Krankheitsformen nur den rein praktischen Werth von Schlagworten zuschreiben, die den weniger Geübten zur Orientirung in den meist beobachteten Complexen krankhafter psychischer Erscheinungen dienen, den Fachmännern hingegen in prägnantester Kürze eine rasche Verständigung über die eben gedachten Symptomencomplexe ermöglichen.

Soll dieser doppelte Zweck aber auch erreicht werden, so muss nothwendiger Weise die Aufzählung der psychischen Erkrankungsformen möglichst einfach und übersichtlich sein und, mit Umgehung aller Detailverschiedenheiten der Einzelfälle, umfangreichere Symptomencomplexe annehmen, die die auftauchenden leichten Verschiedenheiten in Erscheinungen und Verlauf in sich schliessen. Man kann dieses gröbere, übersichtlichere Verfahren umso leichter und beruhigter einschlagen, als auch die ängstlichste und genaueste Unterscheidung geringer Differenzen und die breiteste Classification der psychischen Störungen immer unvollständig bleiben muss, so lange sie nicht von dem unverrückbaren Boden fester und unumstösslicher physiologischer Gesetze ausgeht. Aus diesem Grunde werden wir in der speciellen Psychopathologie all' das vermeiden, was Ausfluss zweifelhafter und individueller Anschauungs-Verschiedenheiten ist und uns lediglich auf die Darlegung jener Symptomencomplexe beschränken, die in der psychiatrischen Praxis die häufigsten und vollkommen unbestritten sind und unter welche, mutatis mutandis, die individuellen Aberrationen einzelner Fälle oder kleinerer Gruppen von Fällen ohne Zwang subsumirt werden können.

A. ALLGEMEINER THEIL:

DIE SYMPTOME DES IRRESEINS.

1. Cap.

Wahnideen und Hallucinationen.

Die auffälligsten und am stärksten imponirenden Erscheinungen einer psychischen Störung sind die Wahnideen und Sinnestäuschungen. Sie liefern auch den Laien den Beweis einer bestehenden Geistesstörung. Von dem Augenblicke ab, wo ein Individuum „fixe Ideen“ äussert oder „irre redet“, besteht auch für die Umgebung desselben kein Zweifel an seiner Geisteskrankheit.

Aber auch für die ärztliche Beobachtung bilden Wahnideen und Sinnesdelirien wohl nicht die einzigen, doch immer die wichtigsten Elemente bei der Beurtheilung der grössten Zahl der psychischen Störungen. Sie sind ihm nicht nur, wie den Laien, der sichere Beleg zur Constatirung der Affection, sondern sie geben ihm in vielen Fällen wichtige diagnostische und prognostische Anhaltspunkte für die Beurtheilung eines vorliegenden Falles. Wahnideen und Hallucinationen sind für den psychiatrischen Beobachter nicht minder objective Krankheitsmomente, wie die durch physikalische Untersuchung festgestellten Resultate. Es ergibt sich daraus die Nothwendigkeit einer genauen und eingehenderen Würdigung der genannten Symptome geistiger Alienation. Selbstverständlich muss eine ausschliesslich oder vorwiegend physiologische Darlegung so weit als möglich gemieden werden, weil uns nur die nosologische Bedeutung nicht nur der Wahnideen und Hallucinationen, sondern auch aller später anzuführenden Krankheitserscheinungen näher berührt. Der Versuch einer breiteren physiologischen Auseinandersetzung muss weiterhin auch deshalb unterbleiben, weil die diesbezüglichen Forschungen nicht nur kein endgiltiges Resultat zu Tage gefördert haben, sondern kaum noch die Anfänge einer sicheren und verlässlichen Methodik erkennen lassen.

Wenn wir nichts destoweniger von der erwähnten Betrachtung nicht vollständig Umgang nehmen und über die symptomatische Bedeutung der Wahnideen und Hallucinationen, wenn auch nur auf geringe Entfernung hinausgehen, so ist dies einerseits darin begründet, dass wir eine genaue Begriffsbestimmung anstreben und andererseits erwarten wir von dieser Begriffsbestimmung selbst, dass sie die Zusammenfassung der sonst getrennt dargestellten Wahnideen und Hallucinationen zu einer symptomatologischen Einheit rechtfertige. Wir hoffen den Nachweis liefern zu können, dass Wahnideen und Sinnestäuschungen nicht cerebrale Vorgänge verschiedener Natur sind, sondern auf im Wesen vollkommen gleichen Prozessen beruhen, die nur in ihrer Erscheinungsweise den Eindruck der Verschiedenheit machen.

Freilich kann und soll nicht geläugnet werden, dass hierauf bezügliche Untersuchungen nur sehr schwer als in demselben Masse exact betrachtet werden können, wie im strengen Sinne genommene physiologische Untersuchungen. Denn die Untersuchung der Wahnideen und Hallucinationen auf ihre cerebralen Grundlagen muss auf das wichtigste physiologische Hilfsmittel, auf das Experiment verzichten und bleibt deshalb immer mehr weniger Raisonnement. Das Zutreffende dieses Raisonnements und dessen Sicherheit wird in demselben Mass erhöht, als wir uns von den Erfahrungsthatsachen leiten lassen. Je weniger wir diese deuten, je mehr wir sie für uns sprechen lassen, umso zuverlässiger können wir aus denselben Schlüsse ziehen.

Als Hallucination hat man immer eine Sinnesperception bezeichnet, der das Object fehlt. Ein Individuum hallucinirt, wenn wir sein Wahrnehmungsobject nicht mitconstatiren können. Dass wir in den meisten Fällen, vielleicht in allen Fällen nicht daran denken, durch eigene Untersuchung der Umgebung des hallucinirenden Individuums das Fehlen des Objectes der angegebenen Sinnesperception zu constatiren, liegt in der Routine — um mich so auszudrücken — die uns die Erfahrung gegeben. In den meisten Fällen werden wir ohne Weiteres in den Relationen eines Individuums die

Hallucinationen von dem wirklich Erlebten unterscheiden können und die Möglichkeit der irrthümlichen Beurtheilung hängt von der Summe der einschlägigen Erfahrung des Beobachters ab, die übrigens nie gross genug ist, um jeden Irrthum auszuschliessen. Die Fälle sind keineswegs vereinzelt, wo es im ersten Augenblicke zweifelhaft ist, ob der Kranke Hallucinirtes oder Erlebtes erzählt. Erst wenn wir feststellen konnten, dass den Sinneswahrnehmungen eines Individuums jedes äussere Object fehlt, dann können wir dieselben mit Recht als Hallucinationen bezeichnen.

Nummehr wirft sich erst die Frage nach dem eigentlichen Wesen der Sinnestäuschungen auf. Wie entstehen Sinnesperceptionen, ohne dass ein äusseres Object in fortlaufender Reizung der Medien den als „Wahrnehmung“ bezeichneten Zustand herbeigeführt hätte?

Esquirol, der erste Autor, der sich in eingehender Weise auch mit dieser Frage beschäftigt hat, sagt in der ihm eigenen scharfen und pragmatischen Charakteristik: die Hallucinationen seien Bilder, Vorstellungen, die durch das Gedächtniss reproducirt werden. Er geht alsbald noch weiter, indem er auf die Analogie zwischen Hallucination und Traum aufmerksam macht und äussert: das hallucinirende Individuum träume wachend. Mit diesem zweifachen Hinweis auf die Wesensgleichheit zwischen Erinnerung, Traum und Hallucination ist auch der richtige Weg zur Erkenntniss sowohl der Sinnestäuschungen als auch der Wahnideen und der inneren Zusammengehörigkeit beider bezeichnet. Alle späteren hierher gehörigen Untersuchungen und Raisonnements waren nicht im Stande, die Frage der Hallucinationen zu fördern, haben vielmehr durch Complication der Erklärungsversuche das Verständniss erschwert oder durch willkürliche Deutung der Erfahrungsthatsachen von der richtigen Auffassung vollständig abgelenkt. Gerade durch die in letzter Zeit versuchte Verlegung der hallucinatorischen Vorgänge in subcorticale Gebilde, wie dies zuerst Ritti that, hat das Verständniss der Sinnestäuschungen nichts gewonnen.

Abgesehen davon, dass es sich bei den Sinnestäuschungen nicht um Sinneseindrücke, sondern um vollständige und wirkliche Perceptionen und deren compacte und viel verzweigte Associationen mit anderen Vorstellungen handelt, abgesehen also davon, dass wir hiedurch schon auf die Hirnrinde, als auf den Schauplatz der höchsten psychischen Vorgänge verwiesen werden, liegen klinische Erfahrungen in grosser Menge vor, die es in zwingender Weise nahe legen, die Hallucinationen als Ausfluss corticaler Reizung zu betrachten. Durch Erfahrungen an Kranken sowohl, wie durch die experimentell-physiologischen Arbeiten von Goltz ist mit genügender Sicherheit festgestellt, dass bei Ausfall gewisser Rindenbezirke des Grosshirns wohl Sinneseindrücke, aber keine Wahrnehmung der Objecte stattfindet. Die in der angedeuteten Weise von Goltz operirten Thiere sind keineswegs blind, aber sie haben keine Vorstellung von den Objecten der Sinnesreize. Goltz' „rindenblinde" Hunde sehen das vorgezeigte Fleisch, zeigen aber, selbst bei ausgiebigem Hunger, kein Verständniss für dessen hungerstillende Eigenschaft. Ein hallucinirendes Individuum bildet ein Versuchsobject mit entgegengesetztem Gange der cerebralen Geschehnisse. Es hat die Vorstellung einer Sinnesreizung, die gar nicht Statt hatte. Für die hallucinirten Sinneswahrnehmungen des Hallucinanten sind die Sinne selbst ganz irrelevant, sie fördern ebenso wenig die hallucinatorischen Vorgänge, als sie sie hemmen. Er hallucinirt ebenso mitten in der Fülle taghell beleuchteter Sinnesobjecte, wie bei Wegfall aller dieser. Ja noch mehr: die klinische Psychiatrie verzeichnet nicht wenige solcher Krankheitsfälle, in welchen bei acquirirtem vollständigem Mangel einzelner Sinne (des Gesichts, des Gehörs), Täuschungen eben dieser ungeschwächt und unbehindert fortbestanden. Aus einer freundlichen Mittheilung des Prof. Leidesdorf ist mir der Fall einer intelligenten, völlig tauben Dame bekannt, die, mit Gehörshallucinationen behaftet, aus dem Umstande, dass sie hörte, mit richtigen Urtheil immer darauf schloss, dass sie hallucinire.

Aehnliche Thatsachen stützen die Anschauung, die ebenfalls schon Esquirol in klaren Worten zum Ausdruck gebracht

hat, dass die hallucinatorischen Vorgänge in der Grosshirnrinde sich abspielen. Wenn man aber in der Deutung der letzterwähnten klinischen Erfahrungen dahin kommt zu sagen, dass Hallucinationen verloren gegangener Sinne nur in so lange bestehen, als die intracraniellen Bahnen der Sinnesnerven nicht vollständig zu Grunde gegangen und dass die Hallucinationen auf einem Reizungszustande eben dieser noch functionsfähigen Nervenbahnen und anderer subcorticaler Gebilde (Ganglien) beruhen, so liegt für eine solche Annahme selbst dann kein zwingender Grund vor, wenn wir die (übrigens zweifelhafte) Richtigkeit der eben erwähnten Anschauung zugestehen. Denn wenn die Hallucinationen nach Verlauf irgend einer Zeit nach dem Verluste der betreffenden Sinnesorgane sistiren, so kann das zum Mindesten mit eben so viel Recht auf Rechnung der secundär atrophischen Rindengebiete, als auf die Atrophie der intracraniell verlaufenden Bahnen bezüglicher Sinnesnerven gestellt werden. Wir können umso mehr bei unserer Auffassung beharren, als die secundäre Atrophie von Rindenbezirken ebenso erwiesen ist, wie die der betreffenden Nervenbahnen.

Wir haben aber weiter zu bedenken, dass die Objecte der Sinnestäuschungen nicht unbestimmten Empfindungen, einfachen Reizungen der Sinnesoberflächen entsprechen, sondern fertigen und vollkommenen Vorstellungen von sinnlich wahrnehmbaren Gegenständen, und wir wissen, dass der Ort der Umsetzung von Sinnesreizen in scharf begrenzte Gestalten der Sinnesperception nicht die Verlaufsbahnen der Sinnesnerven, auch nicht deren erstes ganglionäres Internodium, sondern deren centrale Endausbreitung in der Hirnrinde ist. Es liegt auf der Hand, dass die Reizung anatomisch peripherer gelegener Sinnesgebiete deutliche Sinnesobjecte, wie sie in den Hallucinationen uns entgegentreten, insolange nicht setzen wird, als die centrale Ausbreitung der Bahnen in der Grosshirnrinde von der Erregung nicht tangirt wird, weil erst in diesen Gebieten die Sinnesreizung ein wirklich psychischer Vorgang wird durch vollständige Objectivirung der Reizungsursache. Was

immer wir nun auch annehmen mögen, für wie wichtig wir die Erregung der intracraniell verlaufenden Nervenbahnen oder deren Ausbreitung in Theilen des Gehirnstammes erachten mögen, — es wird dies Alles unzureichend sein, wenn wir absehen von der Erregung des centralen, corticalen Endes der Sinnesbahnen. Denn bevor in dieser corticalen Ausbreitung die Umwandlung der Sinneserregung in den wirklichen psychischen Vorgang der Perception sich nicht vollzogen hat, ist auch von wirklicher Sinneswahrnehmung nicht die Rede, wie experimentell-physiologische und jüngst erst beigebrachte klinische Erfahrungsthatsachen auf's Schlagendste lehren. Es genügt ja weiter, wenn wir auf die ausschlaggebende Bedeutung der Sinnesperceptionen für die gesammte psychische Leistungsfähigkeit des Individuums hinweisen, um das Stringente der Annahme, dass die Sinnesperception ein corticaler Vorgang sei, nahe zu legen.

Ist dies aber der Fall und vollzieht sich die normale Sinnesperception in der Grosshirnrinde, freilich auf dem Wege einer bis dahin durch die Nervenbahnen fortgeleiteten Erregung, — dann können wir mit Sicherheit schliessen, dass die Sinnestäuschung, die ebenfalls eine Sinneswahrnehmung bedeutet, eine Wahrnehmung jedoch, der alle Anfangsmomente des normalen Vorganges fehlen, nur durch Erregung der letzten centralen Ausbreitung der Sinnesnerven zu Stande kommen kann. Denn die Hallucination stellt das letzte Glied der physiologischen Erregungsvorgänge einer Perception dar, und nur dieses. Sie zeigt das fertige Bild, die Vorstellung, zu deren Zustandekommen kein peripherer Anstoss gegeben war.

Wenn wir annehmen, was von jeher angenommen wurde und zum Verständnisse der psychischen Leistungen unerlässlich ist: dass der einmal der Grosshirnrinde zugeführte Reiz in derselben bleibende Spuren zurücklässt, etwa in dem Sinne Herings, welche Spuren durch jeden künftigen Reiz mit immer wachsender Leichtigkeit zu neuer lebendiger Thätigkeit angeregt werden; wenn wir weiter bedenken, wie im normalen

psychischen Leben die Auslösung dieser in der Grosshirnrinde latent gewordenen Erregungsspuren ohne äusseren Anstoss, blos durch die corticalen Reizungen, als Erinnerung und Denken vor sich geht; — dann sehen wir zumal in dem, was wir Erinnerung nennen, einen unzweifelhaft mit den Hallucinationen analogen Vorgang. Die Erinnerung so weit sie sich auf Sinneswahrnehmungen bezieht, so wie die Hallucination bringt uns das Bild des Objectes einer früher stattgehabten Sinnesreizung vor die Sinne; in der Erinnerung wie in der Hallucination fehlt der objective äussere Reiz; in beiden handelt es sich um die centrale Wiederbelebung der in der Hirnrinde niedergelegten und durch die Bahnen der Sinnesnerven dahin geleiteten und latent gewordenen Erregungen. Und was die Bilder der Erinnerung und der Sinnestäuschung von einander unterscheidet, sind nur Intensitätsunterschiede.

Es wurde früher darauf hingewiesen, dass es in einzelnen Fällen schwer werden kann, eine vom Kranken geäusserte Hallucination als solche zu diagnosticiren. Diese Schwierigkeit wird immer da besonders hervortreten, wo der Inhalt der Hallucinationen von gewöhnlichen Sinneswahrnehmungen nicht abweicht, wo barocke Eigenthümlichkeit nicht von vorneherein auf das Krankhafte des Vorganges hinweist. Und so wie einerseits die Grenzen der Sinnestäuschung gegen die der Erinnerung unbestimmt werden können, ebenso kann dies auch mit den Bildern der Erinnerung sein. Wer sich von dem Zuge seiner Erinnerungen einmal fortreissen liess, wer einmal „in der Erinnerung geschwelgt“, wird empfunden haben, wie sich ihm Längstvergangenes in ursprünglicher und klarer Lebendigkeit präsentirt, wird wissen, in welch' greifbare, geradezu hallucinatorische Nähe die Objecte längst entschwundener Sinneserregungen gerückt werden können. Sicher aber wird Niemand die Vorgänge der Erinnerung in subcorticale Gebiete zu verlegen geneigt sein, denn eben auf diesen beruht ja das von dem Leben der Sinne unabhängig gewordene und selbstständige Geistesleben; diese bleibenden Spuren vorübergegangener Reizungen der Sinnesoberflächen und Nervenbahnen, die bei jeder (nicht von aussen kommenden) Gelegenheit zu neuem

und selbständigem Leben erwachen und neue associatorische Verbindungen eingehen, — sie bilden den wirklichen psychischen, in der Grosshirnrinde aufgehäuften Schatz des Individuums.

Aber nicht nur das Raisonnement, sondern auch die klinische Erfahrung bieten Belege dafür dar, dass die Hallucinationen nichts Anderes als objectivirte Erinnerungsbilder, als solche durch corticale Reizung ausgelöste Vorstellungen sind, die sich auf Sinneswahrnehmungen beziehen und dass bei deren Zustandekommen der Reizung intracranieller Nervenbahnen oder anderer subcorticaler Gebiete keinerlei Rolle zufällt.

Der psychiatrische Kliniker hört nicht selten die Klage von seinem hallucinatorisch erregten Kranken, dass er gar nichts denken könne, was die Andern, seine Feinde, ihm nicht sofort vorsagten; so wie er einen Gedanken denke, höre er ihn auch schon deutlich aussprechen, was er sofort auch mit der peinlichen Vorstellung: die Andern wüssten seine verborgensten Gedanken, in innigsten Zusammenhang bringt. Andere Kranke äussern sich verzweifelt darüber, dass sie einen noch in der Feder befindlichen Brief, den sie zu schreiben im Begriffe sind, laut hersagen hören; und begreiflicherweise stehen sie auch ab davon, denselben zu schreiben, nachdem dessen Inhalt verrathen ist. Ich selbst erinnere mich einer mit allen Sinnen hallucinirenden Kranken, bei der wir der Zeit und dem Inhalte nach ganz willkürlich beliebige Gesichtstäuschungen produciren konnten. Diese Kranke versicherte des Oefteren, dass ihre Vorstellungen, soweit sie sich auf Sinnesobjecte bezögen, im Momente ihres Auftretens sich verleiblichen, dass Vorstellungen von sichtbaren Gegenständen auch alsbald deutliche Gestalt annehmen. Befragt z. B., ob sie Rehe sehe, antwortete sie sofort, sie sehe eines oder mehrere und beschrieb auch deren Grösse, Gestalt und Farbe, zeigte den Gang der Thiere und deutete mit den Fingern nach Tischen und Schränken, auf welchen sie die Thiere herumspringen sah.

Die letzterwähnten casuistischen Illustrationen würden eine directe Betheiligung subcorticaler Gebilde an dem hallucinatori-

schen Vorgange noch nicht ausschliessen. Die angeführten Beobachtungsthatsachen könnten noch immer so gedeutet werden, dass die Hallucination erst dann vollständig sei, wenn die corticale Erregung sich auf weitere, unterhalb der Grosshirnrinde (in Theilen des Stammes oder der Sinnesnervenbahnen) liegende Gebiete erstreckt habe. Doch widersprechen dem einerseits die erwähnten Fälle, in welchen taube oder blinde Individuen intensive Sinnestäuschungen der betreffenden fehlenden Sinne haben; andererseits aber böte eine solche Verlegung der hallucinatorischen Processe dem Verständnisse keinerlei Vortheile. Wenn eine Hallucination, wie wir nachzuweisen bemüht waren, nur das central erregte Erinnerungsbild einer stattgehabten Sinneswahrnehmung repräsentirt, dann wird deren Zustandekommen von einer Reizung der Grosshirnrinde, der zweifellosen Ansammlungsstätte der Erinnerungsbilder abhängen und die Einbeziehung weiterer anatomischer Oertlichkeiten wird mindestens in überflüssiger Weise die Erklärung compliciren.

Wir haben also in der Sinnestäuschung eine Sinneswahrnehmung ohne sinnlich wahrnehmbares Object und im Weiteren das Product einer corticalen Reizung, durch welche das Erinnerungsbild einer früher stattgehabten Sinneserregung zu neuer und selbständiger, durch seine Intensität krankhafter Thätigkeit wachgerufen wird.

Wir haben nunmehr nach dem Wesen der Wahnideen zu suchen und über die früher angedeutete Analogie derselben mit den Hallucinationen Klarheit zu verschaffen.

Als Wahnidee bezeichnet man jede Aeusserung eines Individuums, die nur für eine zweite Person, nicht aber für das Individuum selbst jeder äusseren objectiven Grundlage entbehrt. Wir müssen den Umstand, dass für das mit Wahnideen behaftete Individuum der thatsächliche Bestand einer objectiven Grundlage seiner Annahmen ausser Zweifel steht, nachdrücklich betonen, weil die Wahnidee dadurch von der bewusst vorgebrachten Lüge unterschieden ist. Doch ersehen wir auch hieraus, dass es unter Umständen schwer sein wird, eine Wahn-

idee zu erkennen, eine Aeusserung als Wahnidee zu diagnosticiren; ja dass dies oft bedeutend schwieriger sein kann, als bei den Hallucinationen, wo die Controle durch die Sinne des Beobachters nicht ausgeschlossen ist. Die Beurtheilung einer Wahnidee wird in unvergleichlich höherem Masse, als dies bei den Sinnestäuschungen der Fall ist, wenn die Wahnidee nicht durch auffällig abstrusen Inhalt charakterisirt ist, Sache einer ungefähren Abwägung der Aeusserung und der Umstände des Individuums sein müssen. Es kann in einem Falle der angegebene Besitz von wenigen hundert Gulden oder der tägliche Verdienst von zehn Gulden eine Wahnidee sein, während in einem andern Falle selbst die Angabe von Hunderttausenden noch nicht berechtigt, eine Grössenidee zu diagnosticiren. Die Kenntniss der Lebensumstände des Individuums muss bei der diagnostischen Entscheidung mithelfen.

Jeder Irrenarzt ist oft genug in der Lage, in den Aeusserungen eines Kranken das wirklich Wahnhafte von den einfachen Uebertreibungen sondern zu müssen und weiss, wie schwer und durch Herbeiziehung wie vieler Nebenumstände es möglich wird, eine vorgebrachte Vorstellungsreihe richtig zu würdigen.

Wie bei den Sinnestäuschungen, so werden wir auch bei den Wahnideen fragen müssen, auf welchem Wege eine solche zu Stande kommt, was sie im Wesen ist?

Obwohl der Gegenstand es eigentlich rechtfertigen würde, wenn wir in eingehenderer Weise auf die psychologische Erörterung der Unterschiede und Aehnlichkeit zwischen Sinnesperception und Vorstellung im engsten Sinne eingingen, wollen wir dies doch nur insoweit thun, als es zum Verständnisse des Gegenstandes unerlässlich ist nnd vor allem in Kürze auf den alten Satz hinweisen, dass wir unsern ganzen psychischen Inhalt nur durch die Sinne gewonnen haben. Wie abstract ein grosser Theil unserer Vorstellungen auch sein mag, wie weit ab sie von ihrem sinnlichen Ursprung liegen mögen, wie unkenntlich derselbe auch geworden sein mag; — für unsere Reflexion ist es ausser Zweifel, dass die abstractesten Vorstellungen im Leben der Sinne wurzeln, aus demselben hervorgegangen sind.

Das Gehirn erfindet nichts, es promulgirt und combinirt nur das durch die Sinne zugeführte Materiale. Wir werden daher im psychischen Inhalte im besten Falle nur solche Vorstellungen, deren Beziehung zur Sinnenwelt evident ist, und solche, in welchen diese Beziehung verwischt und unkenntlich geworden ist, unterscheiden können. Vorstellungen aber, die jeder sinnlichen Grundlage, jedes sinnlichen Ursprungs bar sind, also sogenannte apriorische Vorstellungen existiren für uns nicht und fallen demnach auch nicht in den Kreis unserer Betrachtungen.

Aus dem eben Ausgeführten geht hervor, dass zwischen Vorstellungen, die sich direct auf Sinnesobjecte beziehen, und solchen, bei denen diese Beziehung bis zur Unkenntlichkeit verwischt ist, ein Wesensunterschied nicht constatirt werden kann. Es ist selbstredend, dass eine essentielle Differenz zwischen beiden auch im krankhaften Zustande nicht bestehen wird, weil an dem Wesen der psychischen Vorgänge auch in Pathologicis nichts geändert wird. Was bei dem pathologischen Vorgange sich allenfalls ändert, das ist der Weg, auf welchem derselbe zu Stande kommt. Doch ist zu bemerken, dass zur Charakteristik der Wahnvorstellungen der Hinweis auf deren centrale Entstehung, wie dies für die Sinnesbilder der Hallucinationen geschehen ist, nicht genügt, weil das Auftauchen einer, auf ein Sinnesobject keinen directen Bezug habenden Vorstellung auch keinen unmittelbaren Zusammenhang mit einer vorausgehenden Sinnesreizung hat oder haben muss. Doch aber wird den psychisch gesunden Zustand ein gesetzmässiger Ausgang und Zusammenhang solcher, nennen wir sie kurzweg abstracter, Vorstellungen von und mit sinnlichen Objecten charakterisiren müssen, weil dieser Ausgang und der weitere Zusammenhang ebenso deren richtige, logische Aneinanderreihung garantiren, wie der unmittelbar vorausgegangene Sinnesreiz die Richtigkeit der Sinnesperception. Und gleichwie der pathologische Reizungszustand der Grosshirnrinde die Reste lange vorangegangener Sinneswahrnehmungen zu lebendigen hallucinatorischen Bildern gestaltet, deren Willkürlichkeit im Auftreten und Mannigfaltigkeit in der Association lediglich von der Intensität der corticalen Reizung abhängt; — ebenso gilt dies für die Wahnvor-

stellungen. Auch in ihnen sehen wir die durch krankhafte Vorgänge in willkürlicher, gänzlich unvermittelter Weise rege gewordenen, latenten psychischen Kräfte sich entfalten; auch sie entbehren jeder äusseren, objectiven Grundlage und stehen bloss auf der einer Reizung der Grosshirnrinde; und endlich folgen auch sie, wie die Hallucinationen in ihrer weiteren Verbindung mit andern Vorstellungen dem Zwange des krankhaften Erregungszustandes und schliessen jede Einflussnahme von Seite des Individuums selbst vollständig aus. Um die Analogie der beiden Elemente psychischer Störung vollständig zu machen, sehen wir ganz entsprechend den plötzlich auftretenden und richtig beurtheilten Sinnestäuschungen, auch vereinzelte Wahnvorstellungen in ganz unvermitteltem Auftreten das gesunde psychische Verhalten durchbrechen und trotz richtiger Beurtheilung von Seite des leidenden Individuums mit ungeschwächter Kraft fortbestehen. Wir meinen die von Westphal in die Psychiatrie eingeführten und derselben als stehender Begriff einverleibten „Zwangsvorstellungen“. Wie die Wahnvorstellungen im weiteren Verlaufe einer psychischen Krankheit mit den Sinnestäuschungen die vielfachsten und innigsten Verbindungen eingehen und der geistigen Störung oft ein typisches Gepräge geben, wie Eines das Andere im Entstehen fördert, das darzuthun wird Sache der folgenden Erörterungen sein.

Weder der Inhalt der Wahnvorstellungen und Hallucinationen, noch die Form der Beziehungen beider zu einander machen ein concretes Krankheitsbild in dem Sinne einer unveränderlichen Erkrankungsform aus. Vielmehr gehen gleiche Sinnestäuschungen und Wahnideen einzeln und combinirt mit psychischen Störungen einher, die unter verschiedene Bezeichnungen gebracht wurden. Wir wollen damit keinesfalls sagen, dass die erwähnten Elemente der psychischen Alienation nicht oft in bestimmter Gruppirung einem Symptomencomplexe einen mehr weniger bleibenden Charakter verleihen; nur darauf wollen wir aufmerksam machen, dass gewisse Formen von Sinnesdelirien und Wahnideen niemals zu einer bestimmten Diagnose berechtigen, wenn auch die Erfahrung einiger oder selbst vieler Fälle dazu zu berech-

tigen scheint. Denn oft genug wird der weitere Verlauf der Störung den auf die Symptome allein gegründeten diagnostischen Ausspruch Lügen strafen. Beispielsweise wollen wir den engbegrenzten und fast bestgekannten Symptomencomplex der Alcoholintoxication erwähnen. Für die Beurtheilung dieser Intoxicationspsychose haben sich seit langer Zeit hallucinirte Mengen kleiner Thiere einer gewissen diagnostischen Würde erfreut. Und doch wissen wir heute und bringt uns die tägliche Erfahrung immer neue Belege dafür, dass dies keineswegs mit solcher Typicität und Verlässlichkeit der Fall ist. Oft genug fehlen nicht nur diese als charakteristisch angesehenen Gesichtshallucinationen, sondern überhaupt jede Gesichtstäuschung, und Gehörshallucinationen beherrschen ausschliesslich das Feld; und in, freilich seltenen Fällen kann es geschehen und wurde es beobachtet, dass einfache ängstliche Aufregung mit Schlaflosigkeit bei gänzlichem Fehlen jedes Sinnesdeliriums das Symptomenbild der durch Alcoholintoxication bedingten Geistesstörung ausmachen. Ebenso ist dies bezüglich der für die concrete Form der paralytischen Geistesstörung als charakteristisch angeführten Grössenwahnideen der Fall. Wenngleich in vielen Fällen von paralytischer Geistesstörung die exorbitanten Grössenideen neben anderen Symptomen eine diagnostische Beachtung verdienen, so gibt es doch einerseits Fälle, in welchen Grössenideen nicht zur Diagnose einer Paralyse berechtigen und gibt es andererseits zahlreiche Fälle von typischer Paralyse, wo Grössenideen gänzlich fehlen und wieder andere, wo überhaupt Wahnideen nicht zu constatiren sind, ohne dass desshalb die Sicherheit und Zuverlässigkeit der Diagnose dadurch in Frage gestellt würde. Und wie mit der diagnostischen, so ist es auch mit der prognostischen Bedeutung der Hallucinationen und Wahnvorstellungen. So sehr es auch durch die klinische Erfahrung sichergestellt ist, dass das Auftreten von Wahnideen und Sinnesdelirien eine ernstere und tiefergehende Störung bedeutet, dass die Complication eines einfachen Verstimmungszustandes mit hinzutretenden Wahngebilden des Vorstellungs- und Sinneslebens die Möglichkeit einer vollständigen Restitution sehr in Frage stellt, — so wissen wir doch auch, dass psy-

chische Störungen mit Vorwalten von Sinnestäuschungen und Wahnideen ohne Rest und in verhältnissmässig raschem Lauf ganz vorübergehen können. Doch wird die einschneidende Bedeutung der erwähnten Elemente psychischer Störung ohne Weiteres einleuchten, wenn wir bedenken, dass mit dem Auftreten von Wahnideen und Hallucinationen das erkrankte Gehirn zu selbständiger und unaufhaltsam freier Production angeregt ist; einer Production, die keiner äusseren Bezugsquelle, keines von aussen andringenden Reizes mehr bedarf, sondern nur von dem Reizungszustande des Gehirns selbst abhängt und von diesem unterhalten wird; dass dieser intracerebrale Reiz gross genug ist, nicht nur die corticalen Functionen überhaupt in Gang zu setzen, sondern dieselben weit über das Normale hinaus und auf eine ungeahnte Höhe zu treiben. Es gilt weiterhin zu bedenken, dass diese Wahngebilde nicht nur mit der Kraft normaler Gehirnfunctionen das geistige Leben in toto beeinflussen; sondern es scheint dem erhöhten corticalen Reizungszustand, dessen Ausfluss sie sind, ein den normalen übertreffender Intensitätsgrad der Vorstellungen und Sinnesperceptionen selbst zu entsprechen und andererseits ist in dem erkrankten Gehirne, durch erhebliche Vermehrung der Gleichgewichtslabilität der einzelnen Elemente, der Leitungswiderstand bedeutend gesunken. Und darin liegt das von prognostischem Standpunkte Bedrohliche dieser Symptome psychischer Alienation. Einerseits zeigen sie einen hohen Grad cerebraler Reizung an, aus welchem sie ja hervor gehen; andererseits aber sind sie stete Erzeuger von Erregungen und Emotionen des Patienten, indem sie mit umso höheren gemüthlichen und motorischen Excitationszuständen vergesellschaftet einhergehen, als der gebrochene Leitungswiderstand der cerebralen Elemente die Association von intracerebralen Vorgängen untereinander und die Uebertragung dieser auf centrifugale Bahnen besonders begünstigt. Alledem entspricht auch die klinische Erfahrung. Es gibt für die mit Geisteskranken regelmässig Verkehrenden keine bedenklicheren, sich selbst und Anderen gefährlicheren Kranken, als die, welche von lebhaften Hallucinationen oder Wahnideen oder von beiden gleichzeitig befallen sind.

Die Verknüpfung der Wahnideen und Hallucinationen untereinander und zu vollständigen Systemen krankhafter Vorstellungsreihen ist eine ausserordentlich mannigfaltige. Sie ist umso mannigfaltiger, als der beschränkende Einfluss der thatsächlichen und realen Vorkommnisse und Verhältnisse weggefallen ist und die Auslösung der corticalen Functionen einzig und allein von der Intensität des intracerebralen Reizungszustandes abhängt. Und lässt sich der Ablauf der Vorstellungen beim Gesunden schon schwer oder gar nicht bestimmen, so ist dies bei den psychisch Kranken in viel höherem Masse der Fall. Die verbreitete Annahme, dass der Charakter der Wahnideen und Sinnestäuschungen der jeweiligen Stimmungslage des Kranken entspreche und von dieser abhänge, gleichsam dem Kranken seine eigene Stimmung erkläre und rechtfertige, findet ebenso wenig eine Begründung in den klinischen Erfahrungsthatsachen, als die andere, die das gleichzeitige Vorkommen von Verfolgungs- und Grössenideen ebenfalls als auf dem Wege des Raisonnements zu Stande gekommen erklärt, in der Weise, dass der mit Verfolgungsideen behaftete Kranke die Erklärung seines Verfolgtwerdens in eingebildet hoher Geburt, grosser Geistesfähigkeit oder ungeheurem Besitze findet. Man supponirt hier den krankhaften Vorgängen in bequemer Weise den eigenen normalen Gedankengang, in welchem ohne genügenden Grund keine Vorstellung auftaucht und festgehalten wird. Und wenn wir davon ganz absehen, dass eben das Unmotivirte, von äusseren Vorkommnissen und realen Grundlagen vollkommen Emancipirte der Vorgänge es ist, die das Charakteristikon ihres pathologischen Wesens bildet, — so bleibt noch die stetig wiederkehrende klinische Erfahrung, die wohl noch nie einen Kranken gezeigt hat, der die erwähnten Erklärungen seiner Beobachter selbständig abgegeben oder bestätigt hätte. Vielmehr sind die Antworten der Kranken auf solche erklärungssüchtige Fragen stets dieselben. Die Kranken antworten regelmässig, sie wüssten nicht, weshalb sie verfolgt werden, sie seien sich keiner Ursache bewusst, es sei ihnen eben unbegreiflich; und ebenso wenig wissen sie, auf welchem Wege und wodurch sie zu so hohem Range, so grossem Vermögen gekommen sind. Ihr ganzes

Raisonnement besteht in der Constatirung dessen, was sie für Thatsache halten. An dem Refrain: es sei so, wie sie sagen, scheitert jedes inquiratorische Vorgehen des Arztes.

Und hier ist der Ort hervorzuheben und nachdrücklich zu betonen, dass in dieser kritiklosen Hinnahme der durch die krankhaften cerebralen Vorgänge dem Individuum aufgedrungenen Vorstellungen und Combinationen, das deutlichste und unverkennbarste Zeichen der psychischen Debilität, der Urtheilsschwäche liege. Es wird kein psychisch normalfunctionirender Mensch Sinnesperceptionen oder Vorstellungen ohne Beziehung auf Sinnesobjecte, ohne weitere Prüfung als thatsächlich und begründet annehmen. Er wird dann gewiss seinen eigenen Wahrnehmungen keinen unbedingten Glauben schenken, wenn er mit denselben bei jeder Gelegenheit mit den Meinungen und Anschauungen der Umgebung in Collision kommt. Nur dem psychisch Gestörten mit mangelhaftem Urtheile kommt es zu, die Dinge und Vorgänge, die seine krankhafte Erregung ihm vorgaukelt, ohne jede Controle als unbedingt wahr zu behaupten. Ja es fehlt ihm, eben wegen der Schwächung des Urtheils, jede Möglichkeit Controle zu üben, weil die Controle selbst schon ein Urtheil ist. Der Bestand von gar nicht oder unrichtig beurtheilten Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen ist nur durch die Demenz oder so hochgradige Benommenheit des Sensoriums, dass sie jedes Judicium aufhebt, ermöglicht und gesichert und so lange diese nicht weit genug gediehen ist, wird auch der Kranke seine pathologischen Wahrnehmungen nicht mit Apodicticität und Unfehlbarkeit als wahr hinstellen, sondern wird seine eigenen Zweifel an deren Realität immer wieder erwähnen.

Der Umstand, dass man Kranke mit den weitgehendsten Systemen von Wahnvorstellungen und Hallucinationen noch ihre frühere Beschäftigung nach wie vor verrichten sieht, dass diese oder jene ihrer Fertigkeiten unter der Störung nicht sichtlich gelitten haben, dass sie oft durch ein erstaunliches Raisonnement überraschen, darf nicht als Beweis intacter In-

telligenz herangezogen werden. All' diese Reste früherer gesunder Leistungsfähigkeit erscheinen unwillkürlich grösser und bedeutender, wenn wir sie mit der bestehenden psychischen Alienation in Zusammenhang bringen und das Raisonnement der Geisteskranken überrascht eben nur, weil man überhaupt keines von ihnen erwartet. Aber hievon ganz und gar abgesehen, kann die Fortführung einer gewohnten und berufsmässigen Beschäftigung, eine oder die andere verschmitzt angelegte Combination von Geisteskranken mit Hallucinationen und Wahnideen, wie sie die Schulform der „Verrücktheit“ bilden, niemals als ein Beweis von deren intacter Intelligenz herangezogen werden. Und ich führe hiefür den einer durchdringenden und bestgeübten Beobachtung entsprungenen Ausspruch L. Meyer's an, dass kein Stand der Gesellschaft und keinerlei Beschäftigung an sich den Schwachsinn ausschliessen lassen. Die Unmöglichkeit, eine Wahnidee oder eine Sinnestäuschung als solche zu erkennen und trotz ihrer inneren und äusseren Unwahrscheinlichkeit zu corrigiren, ist in jedem Falle ein Zeichen von psychischer Schwäche. Das wollen wir festhalten. Es wird uns in dieser Annahme nicht irre machen, wenn solche Zustände psychischer Alienation vorübergehen. Denn weder das acute Auftreten noch die vollständige Restitution vermögen das Fehlen einer ausgesprochen geistigen Schwäche zu beweisen. Wir verweisen diesbezüglich nur auf die nach Schädeltrauma acut auftretenden und wieder schwindenden Zustände von unzweifelhafter Demenz.

Wir wollen in Kürze noch einmal betonen, was uns für die Beurtheilung psychischer Störungen überhaupt wichtig scheint: dass es uns unrichtig dünkt, den Symptomen derselben, den Aeusserungen der psychisch Kranken ein dem gesunden Raisonnement ähnliches zu Grunde zu legen und dass die feinste cerebrale Leistung die Urtheilsbildung auch immer und in jedem Falle in erster Linie unter der Störung leiden muss. Es ist klinisch ganz und gar ungerechtfertigt, den eigenen Gedankengang dem Kranken zu imputiren und so die Willkür der Beobachtung gleichsam zu objectiviren und es muss angenommen werden, wozu auch die unbefangene Betrachtung zwingt,

dass die Vorstellungen der Geisteskranken auf dem Wege eines pathologischen Reizungszustandes des Gehirns und nicht nur nicht in Folge einer Schlussbildung, eines erklärenden Raisonnements, sondern einem solchen gerade entgegen und zwangsweise auftreten und ablaufen. Als Zweites sind wir gezwungen anzunehmen, dass, ganz wie bei der Erkrankung anderer Organe, in erster Reihe deren feinste Functionen leiden und oft nichts Anderes, als die Unsicherheit in der Ausführung derselben auf die Erkrankung hinweisen, dies ebenso beim Gehirne der Fall sein wird. Gerade das zusammenfassende Urtheil und das ergänzende und stützende prompte Zusammenwirken der cerebralen Kräfte, das, was wir Intelligenz nennen, wird vor allem Andern von jeder Störung getroffen werden, so dass man wohl mit Recht sagen kann, dass das erste und auffälligste Zeichen einer jeden psychischen Störung das mangelhafte oder ganz fehlende Urtheil, der Schwachsinn, sei.

Es wurde bereits früher angedeutet, dass die von Wahnideen und Hallucinationen befallenen Kranken die grösste Aufmerksamkeit erfordern, sowohl wegen ihres Verhaltens gegen sich selbst, als auch gegen die Umgebung. Denn gerade so, wie normale Sinnesperceptionen und Vorstellungen mit bestimmten Stimmungslagen einhergehen und von ihnen begleitet sind, ebenso wird dies und in noch höherem Maasse, aus den oben dargelegten Gründen, bei den Kranken der Fall sein. Und wenn einerseits der unablässig quälende Bestand der Wahnideen und Sinnestäuschungen, wie er keinem normalen psychischen Vorgange zukommt, und die krankhaft gesteigerte Labilität der cerebralen Elemente, die keinerlei Hemmung der Associationsvorgänge zulässt, das rücksichtslose und gefährliche Vorgehen solcher Kranken erklärlich macht; so fällt andererseits sicher der herabgesetzten Urtheilsfähigkeit, der mangelhaften Intelligenz bei der raschen Umsetzung einer Emotion in eine gegen sich selbst oder Andere gerichtete Abwehr, eine bedeutende Rolle zu. Wir werden dieser Thatsache des ungehemmten Umsatzes einer Erregung in Bewegung noch weitläufiger zu erör-

tern haben bei der klinischen Betrachtung des Schwachsinns. Hier sei nur noch erwähnt, dass kein solcher Geisteskranker verlässlich ist.

So lange man ihn auch kennen möge und so sehr man auch glaubt vertraut zu sein mit dem ganzen Vorstellungsinhalte und den Hallucinationen eines Kranken, wird man doch oft genug durch das Auftreten desselben überrascht. Und hier können wir wieder auf das früher Erwähnte hinweisen und die tägliche klinische Erfahrung bestätigt es, dass in der Reihenfolge krankhafter psychischer Phänomene nicht ein gesetzmässiges Nacheinander, eine logisch geordnete Kette zu suchen sei, sondern dass dieselben in gänzlich unberechenbarer Weise auftreten und verschwinden. Der Kranke, der heute im Genusse der angenehmsten Wahnvorstellungen oder Hallucinationen schwelgt, kann morgen, ohne irgend eine äussere veranlassende Ursache, von den drückendsten und beleidigendsten inneren Vorgängen gequält erscheinen.

Der Mannigfaltigkeit der Sinnestäuschungen wird durch die Zahl der Sinne selbst eine Grenze gesetzt und sie sind deshalb viel leichter zu rubriciren und zu übersehen, als jene krankhaften Vorstellungen, die keine directe und unmittelbare Beziehung zu Sinneswahrnehmungen haben. Wir kennen Gehörs-, Gesichts-, Gemeingefühls-, Geruchs- und Geschmacks-Hallucinationen und ist die aufgeführte Reihenfolge zugleich auch die der Häufigkeit ihres Vorkommens. Von vielen hypochondrischen Vorstellungen der Geisteskranken ist es ungewiss und wird es auch ungewiss bleiben, ob dieselben Hallucinationen entsprechen, oder ob wir es nur mit falschen Deutungen thatsächlich wahrgenommener Sensationen zu thun haben. Ein nicht ungewöhnliches Vorkommen ist das gleichzeitige Halluciniren mehrerer Sinne und combiniren sich hierbei am häufigsten Gehörs- und Gesichtshallucinationen, dann Gehörs- und Gemeingefühlstäuschungen, Geruchs- und Geschmackshallucinationen. In selteneren Fällen halluciniren alle Sinne gleichzeitig. In diesen letzteren Fällen erscheinen dann die Kranken in der Weise in Anspruch genommen und präoccupirt, dass sie in einem ununterbrochenen Delirium sich befinden und

kaum eine andere Aeusserung von ihnen gehört wird, als solche, die sich auf ihre krankhaften Vorgänge beziehen.

Der Mannigfaltigkeit der Wahnideen ist keine Grenze gesetzt als etwa in dem Reichthum der Vorstellungen selbst. Die Schwierigkeit der Bestimmung aller möglichen Wahnvorstellungen wird weiters noch erhöht durch die zahllosen Combinationen der Vorstellungen untereinander. Die misslungenen Versuche der bestbeobachtenden französischen Fachmänner, in der Aufstellung von Wahnvorstellungsgruppen die Arten von Wahnideen selbst zu erschöpfen, können am Besten das Fruchtlose solcher Bemühungen nahe legen. Und wenn die klinische Erfahrung auch in der That bestimmte und regelmässig wiederkehrende Gruppen von Wahnideen, gleichsam als typische Erkrankungsformen erkennen lässt, so gilt dies doch nur für eine kleine Anzahl von Fällen und ist in einer andern Zahl eine solche Gruppirung nicht nachzuweisen, ohne dass andere, den Totaleindruck störende Symptome einfach weggelassen würden. Wenn wir nichts destoweniger auf einige solche Vorstellungsgruppen aufmerksam machen, so geschieht dies mit dem wiederholt betonten Bedeuten, dass man in diesen Gruppen nicht etwa Krankheitsbilder vermuthen dürfe, deren Entstehen und Verlauf mit vollkommener Sicherheit erkannt sind. Oft genug wird ein Krankheitsbild, das wir durch lange Zeit als feststehend und unwandelbar erkannten, durch neue Symptome in überraschender Art durchbrochen. Den Ursachen dieser unerwarteten Aenderungen in den Krankheitssymptomen vermögen wir, ohne dass wir die Thatsachen willkürlich undgewaltthätig nach unserem Sinne deuten würden, nicht einmal nachzugehen, so sehr entzieht sich der Mechanismus der krankhaften cerebralen Vorgänge vorläufig noch unserer Erkenntniss.

Drei grosse Gruppen von Wahnvorstellungen sind es, die in auffälligster Weise mit der entsprechenden Stimmungslage als mehr minder abgerundeter Symptomencomplexe hervortreten und das sind: die Verfolgungs- und Grössenideen und der Kleinheitswahn. Während die beiden erstgenannten sowohl casuistisch, als auch durch den Vorstellungsinhalt deutlicher auseinandergehalten werden können, ist dies zwischen

Verfolgungs- und Kleinheitswahn nur sehr schwer und oft gar nicht möglich, insbesondere deshalb, weil der Kleinheitswahn sehr selten ohne Verfolgungsideen einhergeht. Der als charakteristisch hingestellte Unterschied beider, dass das mit Verfolgungswahn behaftete Individuum die Anderen, das mit Kleinheitswahn behaftete hingegen sich selbst anklage, erscheint einer theoretischen und schematisirenden Anschauung plausibel, hält aber der Erfahrung nicht Stand und gilt höchstens für die nach diesen beiden Richtungen am weitesten auseinander gehenden Fälle. Die Verquickung dieser beiden Arten von Wahnvorstellungen ist bei den mit religiösen Wahnvorstellungen behafteten Kranken am deutlichsten. Denn wenn sie sich selbst auch für Verbrecher und Sünder erklären und anklagen, so klagen sie doch nicht minder über die grausamen und qualvollen Leiden und Verfolgungen, denen sie in ganz unverhältnissmässiger Grösse ausgesetzt seien. Und ebenso beobachtet man bei der im Senium häufigen traurigen Verstimmung mit dem ausgesprochensten Kleinheitswahn, dass die Kranken, die sich für nichtswürdig und unnütz, für eine Last der Menschheit, des Lebens nicht werth u. s. w. erklären, auch darüber und zwar mit grosser Regelmässigkeit klagen, dass ihnen Alles genommen werde, dass man sie verhungern lasse, ihnen Kleider und Obdach verweigere, sie hin und her stosse etc. Es besteht also Selbstanklage neben der Anklage der Anderen und es lässt sich auf so schwankende Eigenthümlichkeiten kein klinischer Formenunterschied ohne unverantwortliche Abstraction aufrichten.

Die Reichhaltigkeit des Verfolgungswahns an Vorstellungen ist so gross, dass der Versuch einer lückenlosen Aufzählung derselben erfolglos sein müsste. Je nach den Kenntnissen und dem Vorstellungsreichthum des Individuums würden die Verfolgungsideen einen engeren oder weiteren Rayon haben und näher oder ferner liegende Objecte heranziehen. Während der einfache Bauernverstand in der Production seiner Wahnvorstellungen alsbald zu Ende sein wird und dann nur noch in monotoner Weise sich in Wiederholungen ergehen muss, wird der mit den unerklärten und zahllosen Kräften der Natur vertraute Kranke dieselben zur Darstellung seiner Leiden heranziehen. Nicht

nur, dass die Menschen mit den ihnen im täglichen Gebrauche zu Gebote stehenden Mitteln der Verleumdung, Verdächtigung und Bedrohung die Kranken in ihrer Existenz beeinträchtigen, sondern weit über dieses Mass der normalen Vorkommnisse hinaus werden Elektricität, Magnetismus, Photographie und Telegraphie herangezogen zur Schilderung alles dessen, was sie zu leiden haben. Und es gibt keine Entdeckung oder Erfindung, die dem Kranken nicht alsbald Stoff zur Bereicherung der Verfolgungsideen bieten würde.

Und wie mit den Verfolgungsideen so auch mit den Grössenwahnvorstellungen. Die schrankenloseste Phantasie der Märchenerzähler reicht lange nicht an die Erfindung dieser Kranken hinan. Nicht nur unfassbare Reichthümer und auf's Höchste gesteigerte persönliche Fähigkeiten, sondern eine beispiellose, durch kein Hinderniss gehemmte Verwerthung und Verwendung des Besitzes machen den Inhalt eines solchen Zustandes aus. Es werden Burgen aus Gold und Edelsteinen gebaut, die in Millionen Schiffen herbeigeführt werden; zur grösseren Bequemlichkeit der Menschen werden schwimmende Städte gebaut, mit denen man im Winter in wärmere, im Sommer in kühlere Klimate wandern kann; zu beliebiger Zeit wird Regen und Sonnenschein gebracht; zur Geschlechtsbefriedigung bedarf es einer ungeheuren Anzahl Frauen; nicht nur die Krankheit, sondern auch der Tod wird aus der Welt geschafft u. s. w.

Wahnideen und Hallucinationen combiniren sich, werden von den Kranken zusammengefasst und in zusammenhängende Reihen, in Systeme gebracht. Es bleibt nicht dabei, dass der Kranke das Gift in den Speisen schmeckt, er weiss auch, dass es ihm Feinde zu diesem oder jenem Zwecke verabreichten, er hört deren bezügliche Besprechungen; hinzutretende Geruchstäuschungen bereichern etwa das Bild und geben Anlass, giftige Dämpfe anzunehmen, die aus weitverzweigten Röhrensystemen bis in sein Zimmer geleitet werden; Täuschungen des Gemeingefühls werden als Einwirkung fernwirkender elektrischer und magnetischer Maschinen empfunden; er wird zu den unglaublichsten Experimenten missbraucht, fühlt sich unfrei und unter dem steten Druck von unbezwingbaren Gewalten etc.

Weder der Charakter der Wahnideen oder der Sinnestäuschungen allein und für sich, noch auch deren Gruppirung und Combination können aber als charakteristisches oder diagnostisch sicheres Merkmal für irgend eine bestimmte Erkrankungsform angesehen werden, womit deren diagnostische Dignität im Allgemeinen nicht bestritten werden soll. Wir wissen über die Bedingungen des Zustandekommens der Wahnideen und Sinnestäuschungen so wenig Sicheres, deren Ablauf und Verbindungsmechanismus mit anderen Elementen psychischer Störung entzieht sich so sehr unserer Einsicht, dass nur die gänzliche Verkennung der klinischen Aufgabe und nur die bescheidensten Ansprüche an ein wirkliches Verständniss der räthselhaften Vorgänge des psychischen Geschehens sich damit begnügen können, eine casuistische Häufigkeit, eine wiederholte empirische Wahrnehmung für gesetzmässiges Geschehen oder fertige Erkenntniss eines solchen zu nehmen. Alles, was eine unbefangene Beobachtung sicherzustellen vermag, ist die wiederholte Feststellung der ältesten psychiatrischen Anschauung: dass Wahnideen und Hallucinationen nicht secundäre Folgen eines vorausgegangenen anderen psychisch kranken Zustandes, dem Kranken gleichsam eine Erklärung der mit ihm vorgegangenen Veränderung seien, sondern dass sie Grundelemente der psychischen Alienation bilden, die als solche, wenn die Erkrankungsbedingungen im Gehirne gegeben sind, plötzlich und fertig vor uns stehen müssen. Es ist dies so selbstverständlich und in der Gehirnorganisation, die mit den ihr immanenten Kräften und Functionen den krankhaften Reiz beantwortet, begründet, dass man es nicht blos für einige Fälle in gezwungener Erklärung als diagnostisches Merkmal, sondern als allgemein giltig hinstellen muss. Denn so wenig ein hallucinatorischer Zustand mit Wahnideen erst auf dem Boden einer maniakalischen oder melancholischen Verstimmung entsteht, ebenso wenig bedarf es eines vorausgehenden hypochondrischen Zustandes, um das Vorhandensein der in Rede stehenden psychotischen Elemente begreiflich zu finden. Und so wie in den meisten Fällen die Verstimmung

sich erst an die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen als deren nothwendige Begleiterscheinung anschliesst, ebenso werden hypochondrische Vorstellungen oft genug erst dann zur Beobachtung kommen, wenn betreffende Gemeingefühlshallucinationen oder Sensationen vorhanden sind.

---

2. Cap.

Die psychische Schwäche.

Der schwierigsten psychiatrischen Beurtheilung nach jeder Richtung hin unterliegt die psychische Schwäche. Und doch ist gerade dieses Symptom geistiger Störung von so einschneidender Bedeutung für die ganze psychiatrische Anschauung, wie kein anderes und erfordert deshalb die sorgfältigste Behandlung. Der Grund dieser Schwierigkeit in der Beurtheilung der psychischen Schwäche liegt vornemlich in der Breite des Symptoms und dann in dem Mangel einer fixen, unveränderlichen Massbestimmung, der kaum mehr als eine subjective und vergleichsweise Abschätzung zulässt. Eine subjective Abschätzung nicht etwa in dem Sinn, dass der geistig höher stehende Beurtheiler den geistig Niedereren für geistesschwach in unserem Sinne erachten würde, sondern in dem Sinne einer meist willkürlichen Grenzbestimmung des physiologischen und pathologischen Schwächezustandes. So selbstverständlich es scheint, muss doch darauf hingewiesen werden, dass Dummheit und Schwachsinn immer möglichst strenge auseinandergehalten werden müssen. Und ebenso wenig wird die Urtheilslosigkeit, die lediglich in einem Mangel der Ausbildung durch Unterricht begründet ist, einer psychiatrischen Beurtheilung unterzogen werden können. Denn oft genug ist gerade die klinische Psychiatrie in der Lage, ein Individuum für krankhaft schwachsinnig zu erklären, das an pfiffiger Durchtriebenheit das Mittelmass der Intelligenz zu überragen scheint. Unter solchen Verhältnissen und bei dem Unstande, dass bindende

und auf Gesetze der Erkenntniss fussende Massbestimmungen fehlen, wird das Symptom der psychischen Schwäche in vielen Fällen schwer zu beurtheilen. Begreiflicher Weise sind es auch hier nicht Fälle hochgradiger Demenz, die der Diagnose Schwierigkeiten machen. Fälle, in welchen das Mass der psychischen Leistungsfähigkeit so weit herabgedrückt ist, dass den einfachsten Anforderungen nicht entsprochen werden kann, dass von einer Bildungsfähigkeit, von einer zunehmenden geistigen Entwicklung nicht eine Spur vorhanden ist, wo ein frühes Entwicklungsstadium in unveränderter Weise stagnirt, — solche Fälle sprechen für sich selbst.

Kommen dazu noch dem psychischen Defecte entsprechende Mängel der körperlichen Ausbildung, ein Stehenbleiben auch der Organentwicklung auf einer frühen Stufe, oder erscheint die hochgradige, geistige Schwäche mit deutlichen organischen Fehlern (Schädeldifformitäten, Schielen, Sprachdefecte etc.) combinirt; dann ist die klinische Beurtheilung des Falles durch die erwähnten somatischen Momente wesentlich erleichtert und gesichert.

Anders aber verhält es sich mit den zahlreichen Fällen von Demenz leichteren Grades, in welchen weder die psychischen Erscheinungen so markant, noch die somatischen Begleitsymptome deutlich ausgesprochen sind. Wir meinen jene „zweifelhaften“ Fälle, deren Erkenntnis und meritorische Beurtheilung oft ebenso schwer als wichtig ist. Die folgende Darlegung wird, ausgehend von den diagnostisch klaren, in ihren Erscheinungen unzweifelhaften Fällen von Demenz, die Kennzeichnung dieser schwerer zu beurtheilenden Vorkommnisse keineswegs umgehen. Doch können wir nicht umhin, schon jetzt darauf aufmerksam zu machen, dass diese Darlegung mit Hinblick auf die Fälle geringgradiger psychischer Schwäche lückenhaft sein wird. Es gibt eben Dinge, die man nur erleben kann und die durch keine, noch so eingehende und breite Beschreibung erschöpfend dargestellt werden können. Und zu diesen Dingen gehört die Klinik der geistigen Schwäche. An Reichhaltigkeit des Registers, Mannigfaltigkeit der Erscheinungsweisen und Reichthum an Graduntersch ieden kann kein anderes

Symptom psychischer Störungen mit der Demenz concurriren. Dazu kommt, dass die Demenz nicht nur die Bedeutung eines Symptomes, sondern auch die eines ganzen Krankheitszustandes hat. Und ist die genaue und zutreffende Würdigung der geistigen Schwäche als eines Symptoms unter vielen anderen schon schwer, so ist der Nachweis der inneren Zusammengehörigkeit jener Fälle, deren ganzes Krankheitswesen die Demenz allein ausmacht, wegen der vielgestaltigen Ausdrucksweise, in der sie zur Beobachtung kommt, oft genug bis zur Unmöglichkeit erschwert. Die Beschreibung wird daher weiter noch als bei anderen Krankheitsbildern hinter dem kaleidoskopischen Wechsel der Anschauung zurückbleiben.

Das Wesen der Demenz lässt sich am zutreffendsten als der Geisteszustand erfassen, der sich als ungenügend erweist, Gedanken und Handlungen in Uebereinstimmung zu bringen. Wir wollen diese Definition durch ein Beispiel zu erläutern versuchen. Wir bezeichnen als motorische Schwäche den Zustand, in welchem die ausgeführte Bewegung niemals der Intention vollkommen entspricht, wo Impuls und Action einander nicht decken. Und unter diese allgemeine Bestimmung können wir ganz wohl alle Zustände von motorischer Insufficienz subsumiren, sowohl jene, in welchen eine Lähmung die intendirte Grösse und Energie der Bewegung nicht zu Stande kommen lässt, als auch jene, in welchen nicht sowohl das quantitative Mass der Bewegung als deren Qualität mit Rücksicht auf den Bewegungszweck den Impuls nicht deckt. Also, es lassen sich unter dieser Definition sämmtliche sowohl paralytische als auch spastische Insufficienzen vereinigen. Und man darf ja nicht vergessen, dass es ein Schwächezustand ist, ob nun das Mass der intendirten Bewegung nicht erreicht wird, weil die Kräfte fehlen, oder ob es unerreicht bleibt, weil die Bewegungsform der Intention nicht entspricht und an derselben vorbeigeht oder diese geradezu stört.

Was von diesem einfacheren Verhältniss des Bewegungsimpulses zur Bewegung, das gilt von dem complicirten Abhängigkeitsverhältnisse zweckbewusster Handlungen zu deren in-

tracerebralen Motiven. Wenn wir dem totalen congenitalen Mangel oder der erworbenen gänzlichen Vernichtung der psychischen und psychomotorischen Actionsfähigkeit keine besondere Ausführung widmen, so geschieht es in der Meinung, dass dies Zustände sind, die keine Begutachtung herausfordern und auch bei diesen weitgediehensten Schwächezuständen wird es schliesslich immer nur die Incongruenz zwischen intracerebralen Vorgängen und deren Projection nach aussen auf das motorische Gebiet sein, die die fachmännische Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt. Denn vor Allem müssen wir bedenken, dass wir über die cerebralen Geschehnisse eines Anderen nur durch deren Uebertragung auf motorische Gebiete Kenntniss erhalten. Die psychischen Leistungen eines Individuums sind uns und unserer Beurtheilung nur insoferne zugänglich, als sie in Bewegungen zum wahrnehmbaren Ausdruck gelangen. Die eigentlichen intracerebralen Bewusstseinsvorgänge eines Anderen sind unserer Beobachtung vollkommen unzugänglich (S. Stricker). Und deshalb ist auch die Demenz nur insoweit einer psychiatrisch-klinischen Untersuchung unterworfen, als sie sich in Handlungen präsentirt und aus diesen Handlungen Rückschlüsse auf die denselben zu Grunde liegenden psychischen Vorgänge zulässt. Und eben deshalb legen wir in der Definition so viel Gewicht auf die motorische Seite im weiteren Sinne. Es leiten uns hiebei keineswegs irgend welche, der Disciplin fremde, erkenntnistheoretische, sondern nur die nothwendigen klinischen Erfahrungsgründe.

Wenn wir von den Fällen weitgehendster Demenz, wie sie als Cretinismus und Idiotismus in angeborenem Mangel, oder in totaler Vernichtung der cerebralen Kräfte, wie sie in verschiedener Weise erworben werden kann, absehen und uns auf die Reihe von Fällen beschränken, in welchen mehr minder complicirte psychische und psychomotorische Aeusserungen von cerebralem Leben zeugen, so haben wir es in denselben mit einem Zustande zu thun, in welchem Motive und Actionen einander nicht vollständig und umso weniger sich decken, je dementer das Individuum ist. Das Leben der Dementen ist eine

Kette unmotivirter, untereinander unzusammenhängender Handlungen. Es fehlt ihnen entweder das Ziel des Vorgehens, oder aber es fehlt ihnen der psychische Ausgangspunkt, der zureichende Grund des Handelns. Einmal sind Motiv und Action vollkommen incommensurabel, ein andermal besteht ein nicht auszugleichender Widerspruch zwischen einer Handlung und dem sonstigen Bilde des Individuums. Wenn man es kurz kennzeichnen soll, kann man sagen: die Demenz ist die unversiegbare Quelle von improvisirten Handlungen, von endlosen und unberechenbaren Ueberraschungen. Der Versuch, ein fixes Bild eines dementen Individuums, das Unveränderliche desselben zu gewinnen, schlägt jedesmal fehl; denn dazu, dass sich ein fester Kern einer bestimmten Individualität bilde, dazu mangelt dem Dementen die Fähigkeit, das Gleiche aus dem Wechsel der Erfahrungen als bleibendes Gut seinem Geiste einzuverleiben; es fehlt ihm die Fähigkeit, den geistigen und materiellen Gewinn des täglichen Lebens überhaupt und noch weniger richtig in Anwendung zu bringen; ihn macht Erfahrung nicht klug, weil die Eindrücke nicht haften. Das einmal Erlebte vermag sich nicht festzusetzen und seine psychophysische Wirksamkeit auf das Folgende auszuüben, sondern muss immer wieder erlebt werden und bleibt dem Dementen ewig neu.

Ein weiterer charakteristischer Zug dementer Individuen ist die imponirende und Alles bewältigende Kraft, welche die Thatsachen auf dasselbe ausüben und neben welcher Gewalt die Reflexion fast vollständig in den Hintergrund gedrängt wird. Wir müssen dies, um nicht missverstanden zu werden, weiter ausführen. Jeder, auch der stärkste Kopf wird sich nicht nur dem Einfluss der selbsterlebten Thatsache nicht entziehen können, sondern er wird ihr einen hervorragenden Platz in seinem Geistesinhalte anweisen. Doch wird sie in das psychophysische Getriebe der cerebralen Kräfte erst nach genauer Prüfung und nach scharfer Controle eingefügt. Die Thatsachen haben für den normal denkenden Menschen nur insoferne einen Werth, als sie sich dem schon vorhandenen psychischen Gehalte in ungezwungener Weise anpassen lassen. Eine That-

sache für sich gewinnt niemals einen solchen Werth und Einfluss auf das gesammte geistige Verhalten des gesunden Individuums, dass die Handlungsweise von derselben in ausschlaggebender Weise bestimmt wird. Kurz, die isolirte und nackte Thatsache hat für den gesunden und kräftigen Geist nur einen sehr untergeordneten Werth und kommt zur wirklichen Bedeutung erst dann, wenn sie als brauchbares Glied der grossen Kette seiner schon vorhandenen psychischen Thatsachen eingefügt wurde.

Ganz anders verhält es sich mit der Demenz, in welcher Form und in welchem Zusammenhange sie erscheinen und verlaufen möge. Der demente Gedankengang wird von dem jederzeitigen Erlebnisse, von der augenblicklichen Thatsache vollständig beherrscht. Sie wird ohne jede weitere Prüfung, so fremdartig und unerwartet sie auch sein mag, als vollgiltig angenommen und übt den weitgehendsten Einfluss auf die Actionsweise des Dementen aus. Und dieser Umstand ist eben der Grund des unberechenbaren, impulsiven Vorgehens solcher Individuen. Unter der unmittelbaren Gewalt jeder Thatsache stehend, deren Ursprung und Folgen, deren Wahrheit und Bedeutung nicht weiter nachgehend, reagiren sie gleichsam ohne Intervention des Bewusstseins. Wie auf irgend einen Reiz eine einfache Reflexbewegung, so folgt im schwachen psychischen Mechanismus die complicirte Action mit reflectorischer Raschheit ohne jede Vermittlung auf den stattgehabten Eindruck. Und so wie die percipirte Thatsache allein und für sich bestehen bleibt und deren voller Werth ohne Rücksicht auf den ganzen andern psychischen Inhalt angenommen wird, ebenso wird auch die Handlung dieser allein angepasst und ist nur der Zweck massgebend, den Reiz in entsprechender Weise durch Bewegung zu decken. Das Entsprechende der Handlung bezieht sich dabei nur auf den Umfang, auf die Intensität des Reizes und der durch denselben hervorgerufenen Action. Ein ursächliches Zusammenwirken aller Elemente des psychischen Lebens zu einer überdachten Handlungsweise findet nicht Statt. Das, was man kurzweg als Urtheil zu bezeichnen pflegt und worunter man

den psychophysischen Process versteht, durch welchen aus den bleibenden Resten stattgefundener cerebraler Vorgänge neue psychische Producte geschaffen werden, dieser ganze schöpferische und gleichzeitig controlirende Apparat des cerebralen Mechanismus fehlt den Schwachsinnigen im weitesten Sinne des Wortes.

Wir werden diesem ganzen Verhalten und der Reactionsweise der Dementen bei der klinischen Darstellung der Demenzzustände begegnen und werden sie insbesondere im speciellen Theile genauer und eingehender in der Schilderung zu verfolgen haben.

Auch die psychische Schwäche muss, gleichwie die meisten anderen Symptome geistiger Alienationen, von zwei Gesichtspunkten aus betrachtet werden.

Die psychische Schwäche begleitet entweder eine Psychose als eine Theilerscheinung des ganzen Symptomencomplexes, oder sie bildet als Totalzustand nicht nur die Folie für eine Reihe der mannigfaltigsten Erscheinungen, sondern sie ist die directe Ursprungsquelle und erklärende Grundlage aller noch so wechselnden Symptome, welche nur als Ausfluss und unmittelbare Folge eben der Demenz erfasst werden können. Diese diagnostische Unterscheidung ist für das in Rede stehende Symptom ungleich wichtiger, als für die anderen Symptome psychischer Störung. Denn der psychischen Debilität als Detailerscheinung kommt im Ganzen und Grossen nur eine untergeordnete Werthschätzung zu. Sie wird von anderen markanteren Erscheinungen, die für die diagnostische und prognostische Beurtheilung ungleich wichtiger sind, getragen. Aber in jenen Fällen, in welchen für eine ganze Reihe von mehr weniger complicirten Handlungen, die häufig genug forensische Wichtigkeit erlangen, nichts Anderes, als eine pathologische Debilität als Ursachsmoment nachgewiesen werden kann, — in diesen Fällen wird es darauf ankommen, dass dieser Nachweis in der klarsten und unanfechtbarsten Weise geschehe. Und es darf nicht übersehen werden, dass nichts schwerer zu demonstriren ist, als ein krankhafter psy-

chischer Defect, eben weil die Aehnlichkeit mit Unbildung und Beschränktheit leicht Irrthümer veranlasst.

Die eingehende Erörterung der Demenz, als eines Krankheitszustandes für sich, gehört dem speciellen Theile der Psychopathologie an. In der allgemeinen Symptomatologie haben wir nur ihre symptomatische Bedeutung zu erwägen. Als Symptom einer psychischen Erkrankung kommt in Betracht, ob die Demenz zu einer bestehenden psychischen Störung hinzutritt, oder ob umgekehrt eine veranlagte, an sich belanglose geistige Debilität durch Entwicklung einer symptomatisch reichhaltigeren geistigen Alienation zu psychiatrischer Bedeutung gelangt.

Was den ersterwähnten Fall betrifft, hat man sich gewöhnt, die Demenz als ein consecutives Symptom anzusehen, das immer oder doch zumeist erst auf dem langen Wege einer vorangegangenen Psychose zu Stande komme. Es liegt dieser Anschauung, die nach aussen hin immer nur einen klinisch-symptomatologischen Anstrich hatte, doch der tiefere und richtige pathologisch-anatomische Sinn zu Grunde, nach welchem der Hirnprocess in seiner längeren Dauer eingreifendere Veränderungen des Organs herbeiführen müsste. Fälle von acut einsetzender psychischer Debilität wurden wohl immer zugegeben, galten aber immer auch für seltenere, keineswegs regelmässige Vorkommnisse. Und doch lässt sich, ohne mit Worten zu spielen, indem man sagt, dass wohl keine psychische Störung ohne Demenz verlaufen könne, weil die unmittelbarste Folge eines krankhaften Gehirnzustandes die Insufficienz des Organs sein müsse, — doch lässt sich, meinen wir, die klinische Erfahrungsthatsache nicht von der Hand weisen, dass der Demenz eine viel grössere Rolle in der Pathologie aller Psychosen zugeschrieben werden müsse, als dies bisher geschieht. Und gerade jene Fälle von Geistesstörungen, für welche man die intacte Intelligenz mit besonderem Nachdruck beansprucht, werden nach dieser Richtung einer neuerlichen Prüfung bedürfen.

Als Consecutivsymptom schliesst die Demenz den wechselvollen Verlauf der verschiedensten Geistesstörungen ab. Erst mit dem Eintritt des geistigen Verfalls tritt Gleichmässigkeit

und Unveränderlichkeit des Verhaltens an die Stelle früherer lebensvoller und variabler Symptome. Diese terminale psychische Debilität äussert sich vornehmlich in zwei Formen: entweder in vollkommen starrer Ruhe, ohne Theilnahme für die Vorgänge in der Umgebung — also in der Form des sogenannten apathischen Blödsinns, oder als ein Zustand unausgesetzter Unruhe und Erregung bei totaler Zusammenhangslosigkeit und Unorientirtheit, ein Zustand, den man seit lange als Verwirrtheit bezeichnet. Beide Erscheinungsweisen des terminalen Blödsinns haben die psychische Inhaltslosigkeit und den Mangel einer geordneten cerebro-psychischen Functionsfähigkeit gemein und ist die eine durch die stumpfe Regungslosigkeit des Stupors, die andere durch die Incohärenz aller Aeusserungen, der jede Affectsfarbe und jedes entsprechende motorische Leben fehlt, besonders gekennzeichnet. Beide stellen einen Stabilitätszustand dar, der durch keinen Zuwachs neuer Erscheinungen unterbrochen wird und der in unveränderter Weise fortbesteht. Es ist wichtig zur Charakteristik der letzterwähnten Blödsinnsform den Mangel motorischer Lebendigkeit und die Stereotypicität des Verlaufes hervorzuheben, weil auch acute und vorübergehende psychische Störungen unter Erscheinungen vollkommener psychischer Incohärenz auftreten können.

Solche terminale Debilitätszustände repräsentiren zumeist schon weit gediehene Grade der Demenz. Die Einbusse an psychischer Leistungsfähigkeit nach vorangegangenen protrahirten Psychosen ist gewöhnlich eine bedeutende. Die Kranken sind ausser Stande gesetzt, irgend einer, auch der mässigsten Anforderung an ihre cerebralen Kräfte zu entsprechen und unterscheiden sich diese Defectzustände sehr wesentlich von jenen leichten Schwachsinnsgraden, die nach vollständigem Ablauf einer Geistesstörung oft zurückbleiben, und die als „Heilung mit Defect“ in der Psychiatrie gekannt sind. Schon der Umstand, dass der terminale Blödsinn nicht ein Aufhören, sondern ein Tiefergreifen des Krankheitsprocesses bedeutet, unterscheidet beide von einander. Weiters aber kehrt der mit Defect Geheilte zu seinem früheren Berufe zurück, wenn auch nicht mehr in

derselben psychischen Verfassung wie vor der Erkrankung. Seine Leistungen sind vielleicht gar nicht schlechter geworden, als sie früher waren, aber das Mass dessen, was er zu leisten vermag, ist ein geringeres, so wie er im Ganzen an Elasticität und Resistenz verloren hat. Schliesslich aber hat diese letzterwähnte Debilität nichts, was an den vorangegangenen Krankheitszustand mahnen würde, während der terminale psychische Verfall Symptome des früheren acuten Irreseins immer mit sich trägt.

Eine theilweise verschiedene Beurtheiluug erfährt die psychische Schwäche dann, wenn sie nicht in der bisher auseinandergesetzten secundären Weise den definitiven Ausgang einer protrahirten Psychose bildet, sondern wenn sie gleichsam den Boden abgibt, auf welchem eine durch accidentelle Ursachen zum Ausbruch gebrachte Geistesstörung sich entwickelt. Es ist dabei gleichgiltig, wie und auf welchem Wege diese Demenz zu Stande kommen kann; ob auf dem Wege einer hereditären Veranlagung, oder einer infantilen Gehirnkrankheit, oder eines in früher Zeit erlittenen Traumas. Der Einfluss, den eine solche von vorneherein mitgebrachte Demenz auf den ganzen symptomatologischen Bau und den Verlauf der später acquirirten Psychose ausübt, bleibt unter allen Umständen derselbe. Immer verleiht sie der ganzen und in acuter Weise zum Ausbruch gelangten Geistesstörung den Anstrich des Perversen und Läppischen. Der floride Charakter sowohl der maniakalischen, als auch der melancholischen Irrsinnsform leidet unter der apriorischen geistigen Schwäche. Die krankhaften Aeusserungen gehen weit über das Mass des Verstimmungszustandes hinaus und verlieren sich in's Ungeheuerliche und Abenteuerliche. Der Ausdruck sowohl des maniakalisch gehobenen Selbstgefühls, als der depressen, ängstlichen Selbsterniedrigung lässt sich mit dem Massstabe des Möglichen und Fassbaren gar nicht mehr messen und lässt sich nur als märchenhaft bezeichnen. Der Verlauf solcher Psychosen bietet der Beobachtung die überraschendsten und unvorhergesehensten Wendungen. Züge von schwerer Schädigung der psychischen Leistungsfähigkeit wechseln in

unvermittelter Aufeinanderfolge mit rasch vorübergehenden Stadien scheinbarer Wiederherstellung; oder aber es hat der Verlauf in der Monotonie und Armseligkeit der Krankheitssymptome von Anfang einen schleppenden, lentescirenden Verlauf. Und es lässt sich wohl sagen, dass viele Unbegreiflichkeiten und manches Widerspruchsvolle im Verlaufe von Psychosen, Manches, was sich in der Beschreibung äusserlich gleicher Krankheitsbilder nicht vereinen lässt, Differenzen, die auf Auffassungsverschiedenheiten der Beobachter zurückgeführt werden, — nur auf die vor dem Ausbruche einer Psychose schon vorhandene Debilität des Gehirns zurückzuführen sein dürften.

Die prognostische Bedeutung der Demenz als Begleitungssyptom eines complicirteren Krankheitsbildes ist immer eine ernste. Wenn wir auch von den Fällen absehen, in welchen die geistige Schwäche einer complicirten Geistesstörung voranging und deren Prognose verschlechtert, und ebenso von jenen Fällen, bei welchen die Demenz den durch eine vorangegangene Alienation herbeigeführten Verfall der Geisteskräfte bedeutet; — so bleibt noch immer eine Reihe von klinischen Beobachtungsthatsachen zu berücksichtigen. Es sind dies jene Fälle, bei welchen im Verlaufe einer Geistesstörung die Demenz complicirend hinzutritt, ohne den Symptomencomplex im Ganzen und Grossen zu verändern. Wir verweisen hier auf die post-epileptischen, vorübergehenden Zustände von Demenz und auf die das paralytische Irresein complicirende psychische Schwäche und behalten uns ein näheres Eingehen auf diese Verhältnisse für den speciellen Theil vor. Hier wollen wir nur hervorheben, dass diese, ein fertiges Symptomenbild complicirende Demenz immer von schlimmer prognostischer Bedeutung ist, wenn sie auch in einigen Fällen wieder zurücktritt und für einige Zeit wirklich geschwunden scheint. Denn es leuchtet ohne Weiteres ein, dass ein Darniederliegen der psychischen Kräfte, als welches die Demenz in allen Fällen zu betrachten ist, niemals ohne schwerere pathologische Vorgänge im Gehirne zu Stande kommt, welche Vorgänge, auch wenn sie wieder zum Stillstand kommen, einen bleibenden deletären Einfluss auf das Gehirnleben in toto aus-

üben. Dem entsprechend lehrt auch die klinische Erfahrung, dass solche Zustände, selbst wenn sie ein „rüstiges“ Gehirn in ganz acuter und idiopathischer Weise befallen, wie dies die primären Zustände von Stupor demonstriren, einen bei Weitem hartnäckigeren Bestand und eine viel geringere Aussicht auf vollkommene Restitution bieten, als Störungen der psychischen Functionen mit den turbulentesten und alarmirendsten Symptomen.

Dass die veranlagte Geistesschwäche, die dem Ausbruch einer Psychose vorausgeht und der terminale Blödsinn von gleich übler prognostischer Bedeutung sind, liegt auf der Hand. Die erste bedeutet an und für sich eine Verschlechterung der Geistesstörung, weil sie zu anderen Belastungsmomenten als schwerste Belastung hinzutritt; die letztere, weil sie der Ausdruck einer Stabilisirung des cerebralen Krankheitsprocesses ist und ein Tiefergehen desselben bedeutet. Doch kommt es immerhin vor, dass Alienationen, die auf Basis einer veranlagten psychischen Schwäche zu Stande kommen, vorübergehen, freilich mit Rücklassung einer gesteigerten Demenz und erhöhter Gefahr für den dauernden Bestand der relativen Wiederherstellung.

Aus dem Vorangegangenen erhellt die hohe Wichtigkeit der diagnostischen Feststellung der Demenz. Für die prognostische Beurtheilung eines Falles von Geistesstörung wird die nachweisbare psychische Schwäche nach jeder Richtung hin von weitgehendster Bedeutung sein. Es wirft sich demnach die Frage auf: Welches sind die klinischen Anhaltspunkte zur Constatirung der geistigen Debilität? Aus welchen Symptomen ist sie zu erkennen?

Von den schon erwähnten, allzeit zugestandenen Ausnahmsfällen von primär und acut auftretender Demenz abgesehen, hat man bei der so häufigen Unsicherheit der Beurtheilung der Symptomatologie die Diagnose der eingetretenen Geistesschwäche in den meisten Fällen von der beobachteten Verlaufsdauer der Krankheit abhängig gemacht. Es hing dies wesentlich mit der Anschauung zusammen, nach welcher die Demenz in der Regel ein secundärer Folgezustand sein sollte.

So kam es, dass beispielsweise der Stupor im ersten Halbjahr oder je nach der individuellen Ansicht des Beobachters auch nach längerer Verlaufsdauer als stuporöse Melancholie aufgefasst und dargestellt wurde und nach dieser Zeit, ohne dass eine Aenderung im symptomatischen Ausdruck vorgegangen wäre, als apathischer Blödsinn bezeichnet wurde. Viel fataler stand es noch mit jener grossen Gruppe von Krankheitsfällen hallucinatorischen Irreseins, die zum grössten Theil als secundäre Schwächezustände in das Schema eingereiht und denen in willkürlicher Weise eine der Beobachtung vorangegangene, längere Krankheitsdauer mit sogenannten primären Erscheinungen unterschoben wurde. Und gerade in Bezug auf diese letzterwähnte Gruppe von Krankheitsfällen, die unter dem Sammelnamen der „Verrücktheit“ zusammengefasst werden, hat sich eine Wandlung der klinischen Anschauung vollzogen. Der früher als Secundärzustand aufgeführte Symptomencomplex wurde entsprechend der rectificirenden und unbefangeneren Beobachtung in die Reihe der primären, acuten Erkrankungen gehoben. Doch glaubte man noch mehr thun zu müssen und vindicirte diesem Zustande complicirter wahnhafter Vorgänge eine „intacte Intelligenz“, die ihm nicht zugesprochen werden kann. Der Symptomencomplex, den man mit dem Namen der „Verrücktheit“ belegt und dessen auffälligste Erscheinungen Sinnestäuschungen sind, geht, obgleich er immer in acuter und primärer Weise auftritt, doch niemals ohne psychische Schwäche einher und ist auch ohne eine solche gar nicht denkbar. Gerade in der unbedingten Hingabe an die wahnhaften Vorgänge tritt die psychische Schwäche dieser Kranken in unzweifelhafter Weise zu Tage, wie dies später noch eingehender dargethan werden soll.

Aber selbst die geschärftere psychiatrische Erfahrung wird, bei dem Mangel an Kenntniss fester, unveränderlicher Gesetze der psychischen Vorgänge, nicht anders können, als die Empirie zu Hilfe nehmen und sich auf diese stützen. Man wird, so lange ein bestimmtes und unveränderliches Mass fehlt, die Erfahrung sprechen lassen und den Eintritt der psychischen

Schwäche in den Verlauf einer complicirteren Psychose immer erst dann diagnosticiren, wenn die Erscheinungen an lebendigem Wechsel verlieren, wenn der Verlauf stagnirt und die Armuth an krankhaften Symptomen auf eine Herabminderung der cerebralen Leistungen hinweist. Das durch einige Zeit monoton und stereotyp bleibende Krankheitsbild ist wohl in den meisten Fällen ein sicheres Zeichen beginnenden geistigen Verfalls. Ist einmal die Debilität so weit gediehen, dass der Kranke durch längere Zeit nicht im Stande ist, sich irgendwie zu orientiren und erschliesst sich ihm nicht eine Einsicht in das Krankhafte seines Zustandes, — dann besteht kein Zweifel mehr an dem Bestande eines irreparablen psychischen Defectes.

---

3. Cap.

Die Verstimmung.

Ein Symptom psychischer Störung, dessen Wesensbestimmung ebenso schwer ist, als dessen Contour verschwommen und unbestimmt, ist die krankhafte Verstimmung, das kranke Analogon der physiologischen Stimmung. Wenn man, wie dies auch bis heute noch geschieht, die cerebralen Leistungen insgesammt in drei grosse Gruppen theilt, deren jede sozusagen eine Qualität der Gehirnfunctionen in sich schliesst, dann fällt das, was man Stimmung nennt, in die Gruppe der „Gefühle.“ Und die Psychiater waren nur consequent, wenn sie entsprechend der Eintheilung der normalen psychischen Vorgänge eine Unterscheidung der psychischen Störungen in solche des Gefühls, des Vorstellens und des Willens vornahmen. Merkwürdiger Weise haben sich die Mängel dieser schematischen Dreitheilung früher auf pathologischem Gebiete, als auf physiologischem gezeigt. Und während man in der Psychiatrie die Unmöglichkeit und Unzulänglichkeit einer solchen Gruppirung eingesehen hat, ist dies in der Physiologie der cerebralen Vorgänge keineswegs der Fall. Nichts destoweniger aber ist es

nicht versucht worden, eine genaue Begriffsbestimmung der als von einander grundverschieden angenommenen Facultäten der cerebralen Functionen zu geben. Wir selbst, die wir auf Grund der klinischen Erfahrung eine scharfe Trennung der Gehirnfunctionen, wenigstens mit Rücksicht auf die Störungen derselben, als unzulässig erkannt haben, vermögen nur zu sagen, dass es einen Reactionsmodus des ganzen Gehirnmechanismus, einen Tonus des Organs zu geben scheint, welchem wohl die Erscheinungen zugeschrieben werden müssen, die wir als Gefühl oder Stimmung bezeichnen. Demnach kommt diesem unbestimmbaren Factor des Gehirnlebens gar nicht die Bedeutung einer Gehirnleistung, einer organischen Function zu, ebenso wenig als wir dem Tonus der Muskeln oder der Gefässe die Bedeutung einer Function der bezüglichen Organe beimessen. Vielmehr haben wir dieses als einen Gesammtzustand des Organs aufzufassen, das obwohl selbst keine Thätigkeit, doch die Thätigkeit desselben beeinflust und färbt. Speciell auf das Gehirn angewendet heisst das: was wir als Gefühl oder Stimmung bezeichnen, ist nichts Anderes als der Totalzustand des Gehirns, der dessen Functionirung bestimmt, indem er die Receptivität und Activität erhöht oder erniedrigt.

Es ist selbstredend, dass dieser Gesammtzustand des Gehirns einerseits von den Vorgängen im Gehirne verändert werden kann, so wie er andererseits, wenn er einmal vorhanden ist, die Vorgänge und Functionen des Organs beeinflussen wird. Auf physiologischem wie pathologischem Gebiet demonstrirt es die Erfahrung, dass eine Vorstellung oder eine Vorstellungsreihe die ganze Stimmungslage verändert und im Anschluss an diese veränderte Stimmungslage werden auch die späteren Vorstellungen und deren Ablauf eine bestimmte Färbung erlangen. Das Differentialmerkmal, das ehedem für die krankhafte Verstimmung angeführt wurde, nämlich: dass dieser im Gegensatze zur physiologischen das Motiv fehle, hat sich bald als unrichtig erwiesen; denn krankhafte, wie gesunde Verstimmungszustände können mit und ohne Motiv auftreten. Ein wirklicher Unterschied wird nur in der verschiedenen Intensität und Dauer zu constatiren sein. Die psychotischen Verstim-

mungszustände können ihrer äusseren Erscheinungsweise nach dreifacher Natur sein. Man unterscheidet eine heitere, traurige und reizbare Verstimmung. Weiters werden wir zu unterscheiden haben zwischen Verstimmungen als Theilerscheinungen eines grösseren Complexes von psychischen Krankheitssymptomen und solchen Verstimmungen, die einen ganzen Krankheitszustand allein ausmachen oder in einem solchen doch weitaus die grösste Bedeutung haben.

Als Theilerscheinung eines inhaltsreicheren Symptomencomplexes können die Verstimmungen primär oder secundär sein, d. h. sie könneu allen anderen pathologischen Symptomen vorausgehen, ohne dass jedoch damit gesagt wäre, dass sie dann eine Entstehungsursache für die später auftretenden Wahnideen abgeben, oder sie sind Folgeerscheinungen anderer Symptome, insbesondere der Sinnestäuschungen und Wahnideen. Diese Unterscheidung ist von principieller Bedeutung. Man ist seinerzeit, entsprechend den herrschenden psychologischen Anschauungen, davon ausgegangen, dass allen andern Erscheinungen psychischer Störung Verstimmungszustände oder sogenannte Gemüthsaffecte als Grundelemente vorausgehen und man nahm weiter an, dass diese affective Seite der Störung zurücktrete oder schwinde, wenn die als schwerer angesehenen Elemente: Wahnideen und Hallucinationen, das Krankheitsbild beherrschen. Eine genauere, unbefangenere und namentlich von jeder schematisirenden Psychologie absehende klinische Erfahrung hat erwiesen, dass Wahnideen und Sinnestäuschungen in ganz primärer Weise auftreten können und dass diese jedenfalls häufiger die Motive von Verstimmungen sind, als umgekehrt. Zweifellos ist aber, dass sowohl die Affecte oder Verstimmungszustände, als auch Wahnideen und Hallucinationen Symptome von ganz selbständiger Bedeutung sind. Insbesondere aber beweisen jene Fälle von psychischer Störung, in welchen durch lange Zeit oder selbst durch die ganze Verlaufsdauer einer Psychose die Verstimmung ganz allein das Krankheitsbild ausmacht, die symptomatische Bedeutung derselben, der eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden muss.

Die traurige Verstimmung gibt sich kund in scheuem,

zurückgezogenem und einsilbigem Verhalten. Die Kranken fallen gegen ihre normale psychische Verfassung als weniger zugänglich nnd mittheilsam auf. Individuen, die früher gerne und viel mit Andern verkehrten, gehen jeder Begegnung aus dem Wege, meiden anhaltendere und eingehendere Besprechungen, weisen jede theilnehmende Nachfrage missmuthig und abwehrend zurück, suchen die Einsamkeit und entschliessen sich nur nach starkem äusseren Zwange dieselbe zu verlassen und in Gesellschaft zu gehen, wo sie wieder die Aufmerksamkeit Aller durch ihr gedrücktes, wortkarges und ausweichendes Benehmen auf sich lenken. Entschliessen sie sich zu Antworten und Auskünften, so sind dieselben schwerfällig, zögernd und in der Regel ablehnend. Ab und zu hört man sie über ihren Zustand seufzend klagen, den sie als eine drückende Belastung ihres Wesens empfinden und schildern. Ihre Bewegungen sind kraftlos, wenig energisch, langsam und schwerfällig, die Sprache stockend, gedehnt, leise, der Gesichtsausdruck matt, die Gesichtsmuskulatur schlaff, ausdruckslos, das Auge halb geschlossen, glanzlos, der Blick gesenkt, starr, ihre ganze Haltung gebückt und zusammengesunken.

Das ganze eben geschilderte Bild werden wir noch einmal und ausführlicher bei der Darstellung der Melancholie zu betrachten haben, bei welcher psychischen Erkrankung dieser Verstimmungszustand am ausgeprägtesten hervortritt. Doch kommt derselbe keineswegs ausschliesslich dieser Form der Erkrankung zu, sondern intercurrirt bei den verschiedensten psychischen Störungen in verschieden langer Dauer. Man kann die traurige Verstimmung vorübergehend mitten in einen maniakalisch heiteren Verstimmungszustand fallen und mit derselben rasch wechseln sehen; nicht selten präsentirt sie sich in kürzerer oder längerer Dauer (von Stunden bis zu Tagen) in ausgesprochenster Weise nach einem oder mehreren epileptischen Krampfanfällen als postepileptisches Irreseinsstadium oder sie erscheint als Verlaufsabschnitt von nicht geringer Dauer in der paralytischen Geisteskrankheit, bei welcher ausgeprägte melancholische Stadien nicht zu den Seltenheiten gehören. In allen diesen Fällen ist es die reine traurige Verstimmung, ohne jede Com-

plication mit Wahnvorstellungen und Hallucinationen, mit der man es zu thun hat. In selteneren Fällen kommt es auch bei acuter Alcoholintoxication blos zu solcher trauriger Stimmungslage und bildet diese häufiger das Initialstadium eines wirklichen und floriden Alcoholdeliriums.

Viel häufiger aber als in dieser reinen und uncomplicirten Form ist die traurige Verstimmung die ständige Begleiterscheinung von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen von bestimmtem Inhalte. In allen jenen Fällen von psychischer Störung, in welchen die Individuen unter dem psychischen Drucke von Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen, von Kleinheitswahn und Selbstanklagen stehen, ist die depressive Verstimmung ein nie fehlendes concommittirendes Symptom. Beiläufig sei erwähnt, dass Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen häufiger mit reizbarer, als mit rein trauriger Verstimmung einhergehen. Dass Täuschungen der verschiedenen Sinne, wenn sie den Charakter der Verfolgung und Bedrückung haben, in gleicher Weise wie die analogen Wahnvorstellungen eine depressive Verstimmung setzen, bedarf wohl keiner weiteren Ausführung. Die Beobachtung lehrt auf's Eindringlichste, dass Hallucinationen und Wahnvorstellungen niemals ihre affective Seite verlieren, dass die lange Dauer des hallucinatorischen Zustandes keine Stimmungsindifferenz herbeiführt, sondern immer, selbst bei vorgeschrittener psychischer Abschwächung, mit sogenannten Gemüthserregungen oder Verstimmungen einhergehen.

Der heiteren Verstimmung kommt ganz wie der traurigen die Bedeutung eines häufig vorkommenden Symptomes psychischer Störung zu und unterliegt wie diese einer zweifachen Betrachtung: je nachdem sie allein und für sich, ohne jede Complication mit anderen Elementen einer Geistesstörung, das Krankheitsbild beherrscht oder im Gefolge anderer Alienationselemente auftritt. Die heitere Verstimmung ist als Krankheitszustand und ohne andere Störungselemente viel seltener als die depressive Verstimmung, doch ist deren Vorkommen klinisch sichergestellt, sowohl als maniakalischer Exaltationszustand von verschieden langer Dauer, wie auch als Stadium anderer psychischer Krankheitsprocesse.

Die heitere Verstimmung stellt sich als eine Erhöhung und Beschleunigung sämmtlicher Gehirnvorgänge dar. Nicht nur der Ablauf der psychischen Processe, sondern alle psychomotorischen Vorgänge zeigen einen im hohen Grade erleichterten, raschen Fluss. Die Aufnahme und Verarbeitung der äusseren Vorgänge sind ebenso erhöht, wie die Uebertragung und Projection der intracerebralen Vorgänge auf motorische Gebiete. Die Leistungsfähigkeit ist nach jeder Richtung erhöht, wenn man an die Leistungen so verstimmter Individuen nicht den Massstab des Zweckentsprechenden und Nützlichen legt. Die Empfindung des leichteren Ablaufes aller cerebralen Functionen zusammt dem Mangel eines Ermüdungsgefühles, wie sie mit der heiteren Verstimmung constant einhergehen, geben der ganzen Haltung und der Handlungsweise so verstimmter Individuen das Gepräge der überhasteten Unruhe. Alle psychomotorischen Vorgänge vollziehen sich in einem Tempo, dem der in normaler Stimmung befindliche Zuschauer nicht zu folgen vermag und das denselben, trotz der scheinbar grösseren Leistungsfähigkeit der so Verstimmten, mit besorgnissvoller Unruhe erfüllt. Denn bei der reflectorischen Geschwindigkeit, mit der sich intracerebrale Vorgänge heiter verstimmter Kranker associiren und mit der sie in Bewegung umgesetzt werden, müssen gegen die überdachte Zusammengehörigkeit, gegen die logische Verarbeitung und Verkettung der Eindrücke starke Bedenken aufsteigen. Dazu kommt, dass bei dem sehr gesteigerten Selbstgefühl, bei dem Wegfall der Empfindung jeder Schwierigkeit und bei dem raschen Wechsel der Vorstellungen, — Vorsätze und Actionen einander förmlich jagen und die eine Intention, deren Ausführung kaum erst begann, auch schon einer andern weicht. Das Krankhafte dieses Treibens eines heiter Verstimmten ist aus allen diesen Gründen viel auffälliger, als das des traurigen Verstimmten, weil das Larmoyante, Stürmische dieses Verhaltens überhaupt mehr die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich lenkt, als die Passivität und die scheue Zurückgezogenheit der Depression. Und doch kommt der exaltativen Unternehmungslust, der übermüthigen und überlebensfrohen Unternehmungslust, dem sorg- und rücksichtslosen Pläneschmieden, das mit der heiteren Verstimmung auf's Engste

verbunden ist, keine höhere Bedeutung als Krankheitszustand zu, als dem Darniederliegen aller Lebensfreude und dem Mangel jeder Zuversicht und jedes Selbstvertrauens, wie sie der traurigen Verstimmung nie fehlen. Wir werden auf diese klinisch-prognostische Werthschätzung der Verstimmungszustände im Folgenden noch näher einzugehen haben. Hier sei nur noch erwähnt, dass dem eben geschilderten inneren Zustande das äusserliche Verhalten, die repräsentative Seite vollständig entspricht. Der heiter Verstimmte trägt in seinem ganzen Wesen die vollkommenste Selbstzufriedenheit, das Gefühl vollendetster Sicherheit und untrüglichster Siegesgewissheit zur Schau. Sein Auftreten und sein Verkehr mit den Andern ist frei nnd ungenirt, er behandelt Alle, die mit ihm verkehren, mit herablassender, meist gutmüthiger Freundlichkeit und Bonhommie; er bringt Allen, die es wollen und auch denen, die es nicht wollen, das grösste Vertrauen entgegen und unterrichtet sie auf's Eingehendste und Breiteste von allen seinen Hoffnungen und Plänen, deren Verwirklichung und Ausführbarkeit er in den beredtesten Ausdrücken darstellt; er beachtet die Einwürfe und Zweifel seiner Zuhörer kaum, geht über dieselben mit neuen glänzenderen Propositionen hinweg und sind die Widersprüche nur selten geeignet ihm die gute Laune zu verderben, noch weniger ihn von seinen Plänen und Aussichten abzubringen. In der Darstellung aller seiner Vorhaben ist er lebendig und beredt; lebhafte Gesten begleiten den unerschöpflichen Redefluss; in Blick und Haltung prägt sich Stolz und Zuversicht in die eigene Kraft und Arbeitsfähigkeit aus und mit unermüdlich rastloser Energie vertritt er allzeit und allerorten die Producte seiner krankhaften Verstimmung. Bei alledem können auffällige Fehler im Raisonnement oder gar directe Wahnvorstellungen vollständig fehlen und vermag das ganze Verhalten des so Verstimmten eben wegen der noch tadellosen Formvollendung oft genug als erhöhte Leistungsfähigkeit und besondere Kraftfülle zu imponiren.

Wo aber die heitere Verstimmung als Consecutivsymptom anderer Elemente psychischer Störungen (Wahnideen, Sinnestäuschungen) auftritt, da ist deren krankhaftes Wesen begreif-

licher Weise leichter kenntlich durch die ursachlichen Momente. Doch sind diese Fälle viel seltener als diejenigen, in welchen Wahnvorstellungen oder Hallucinationen depressive Verstimmung herbeiführen. Wir constatiren nur eine klinische Thatsache, ohne dass wir eine Erklärung für dieselbe hätten, wenn wir darauf hinweisen, dass Wahnvorstellungen und Hallucinationen im Allgemeinen überwiegend depressiver Natur sind.

Wir werden im speciellen Theile der heiteren Verstimmung am häufigsten als Einleitungsstadium der paralytischen Geistesstörung begegnen, wo sie wie im reinen maniakalischen Exaltationszustande das Ganze des Krankheitszustandes ausmacht, bis durch Hinzutreten complicirterer und zahlreicher Wahnvorstellungen und zunehmender motorischer Störungen der Process evidenter wird. Sie begleitet oft die Paralyse durch deren ganze lange Dauer im Anschluss an die charakteristischen exorbitanten Grössenideen dieser Form der Geistesstörung und kann endlich auch ein Symptom jener allerdings selteneren Fälle von allgemeiner Verrücktheit sein, in welchen Verfolgungsideen sich mit Grössenwahnvorstellungen combiniren. In einigen, nicht näher bestimmbaren Fällen von epileptischen Krampfzuständen pflegen im Anschlusse an vorausgegangene Anfälle von Convulsionen oder diese supplirend, als sogenanntes „psychisches Aequivalent“ Zustände von heiterer Verstimmung ohne entsprechenden Vorstellungsinhalt aufzutreten.

Schwerer als die der eben ausgeführten Verstimmungszustände ist die Beurtheilung der reizbaren Verstimmung, wenn sie ohne entsprechenden Vorstellungsinhalt zur Beobachtung kommt; schwerer deshalb, weil diese auch innerhalb physiologischer Grenzen eine abnorme psychische Verfassung involvirt. Und doch ist dieser Verstimmungszustand in seiner krankhaften Bedeutung sichergestellt und fordert eine psychiatrische Beachtung und Erwägung.

Der reizbar verstimmte Kranke unterscheidet sich symptomatisch ganz auffällig sowohl von dem traurig, als von dem heiter Verstimmten. Er duldet nicht seufzend und klagend wie der Erstere und freut sich nicht wie der Letztere; er steht

fortwährend auf gespanntem, feindlich drohendem Fusse mit seiner Umgebung. Ohne dass er sich bedrückt und beeinträchtigt fühlte, wie dies der Fall ist, wo diese Verstimmung als Folgezustand von Verfolgungsideen oder bedrohlichen Sinnestäuschungen hervortritt, misstraut er seiner Umgebung, aber nicht, indem er, wie der Deprimirte, sich zurückzieht, um in stiller Traurigkeit seinen Zustand zu tragen, sondern indem er in zorniger und rücksichtslos feindseliger Weise ihr überall entgegentritt. Er reagirt in der gleichen Art, ob man seinem Zustande Rechnung trägt und ihn zu umgehen sich bemüht, oder ob man seinem Verhalten Schranken entgegensetzen will. Er empfindet das Eine als wohlbegründetes Nachgeben der Gegenüberstehenden und das Andere als unberechtigte Unterdrückungslust. In Wort und That des reizbar Verstimmten drückt sich Misstrauen und Intoleranz aus und erschwert bei dem explosiven und zu Ausschreitungen jeder Art geneigten Zustande den Verkehr in hohem Grade. Es bleibt bei diesen Kranken nicht bei der Empfindung allgemeinen psychischen Schmerzes, wie er die depressive Verstimmung charakterisirt, sondern es waltet der Impuls der Abwehr und des Fernhaltens jeder äusseren Einwirkung vor. Obwohl manchmal den traurig Verstimmten äusserlich ähnlich, unterscheiden sie sich wesentlich von diesen durch den energischen Trieb zu Actionen, die lediglich darauf gerichtet sind, die eigene missmuthige und unzufriedene Individualität in den Vordergrund zu stellen. Ohne dass man es als Verfolgungswahn bezeichnen könnte, sind die so Verstimmten voll von Klagen über Alles, was in ihrer Umgebung geschieht und Vorgänge reizen sie zum Widerspruch und zu nachdrücklicher Reaction, die mit ihrer eigenen Person in gar keinem Zusammenhange stehen. Sie sind die galligen Malcontenten par excellence. Erhöhte Beachtung muss diesem Verstimmungszustande schon deshalb entgegengebracht werden, weil mit demselben, wie schon erwähnt, ein starker Impuls zu activem und feindseligem Vorgehen verbunden ist. Es bleibt nicht bei einfachem Gezänke und unaufhörlichem Wortkampfe, sondern kommt häufig genug zu thätlichen Excessen schlimmster Art. In verständlicherer Weise tritt uns dieses gewaltthätige

Vorgehen als Reaction gegen vermeintliche Angriffe entgegen; doch mit nicht geringerer Vehemenz und Erbitterung erfolgen die hostilen Ausschreitungen, wo der Verfolgungswahn als greifbare Ursache derselben fehlt und nichts als die Verstimmung nachgewiesen werden kann.

Mit solchen reizbaren Verstimmungszuständen haben wir es vornehmlich bei Epileptikern und Alcoholikern zu thun. In jedem der hieher gehörigen Fälle handelt es sich nicht um kurzdauernde, passagère, sondern protrahirte Zustände, die den Charakter der betreffenden Individuen ausmachen, und bestehen diese Zustände allein und für sich, ohne hallucinatorische oder sonstige wahnhafte Grundlage. In beiderlei Fällen steht man vor entschieden krankhaften Erscheinungen, denen Rechnung getragen werden muss. Man kann an dieser, wie an der traurigen oder heiteren Verstimmung nicht indifferent vorübergehen, weil ausgesprochene Wahnvorstellungen oder Sinnesdelirien fehlen. Diese Verstimmungszustände fordern gerade dort, wo sie ohne Complication mit anderen Elementen psychischer Störung das Um-und-Auf einer Alienation ausmachen, erhöhte Beachtung, weil sie in ihren Consequenzen nicht weniger bedenklich sind, als die jedem Laien auffälligen Störungen, und weil diese Bedenklichkeit weniger erkannt und gewürdigt wird. Und ganz besonders ist es die reizbare Verstimmung der Epileptiker und der habituellen Potatoren, bei welcher es oft zu den schwersten Conflicten kommt. Das nimmer müde Misstrauen und die stets sprungbereite Reizbarkeit dieser Individuen schaffen bei der hohen Neigung zu explosiven, jähen Zornesausbrüchen Zustände, die der Umgebung eine kaum erträgliche Verantwortung zuwälzen.

Wir wollen der Detailausführung des einschlägigen speciellen Theiles nicht vorgreifen und verweisen hier nur noch darauf, dass ein solcher Zustand reizbarer Verstimmung, abgesehen von allen jenen Fällen, in welchen krankhafte Vorstellungen das Motiv eben der Verstimmung abgeben, häufig das Einleitungsstadium der verschiedensten Geistesstörungen bildet und dem wirklichen Ausbruch als Zustand allgemeiner psychischer Indisposition oft durch Tage, oft aber auch durch mehrere Wochen vorausgeht.

Jeder einzelnen dieser Verstimmungszustände kommt die gleiche klinische Wichtigkeit und Werthschätzung zu. Und wenn wir wiederholt und nachdrücklichst darauf hinweisen, so liegt dem die Erfahrung zu Grunde, dass nicht nur das Laienpublikum, was weniger merkwürdig wäre, sondern anch ein grosser Theil von Aerzten diese Zustände, in völliger Unkenntniss der Gefahren, die solche Zustände bergen, als völlig unbedenkliche mit grossem Gleichmuthe behandeln oder auch ganz übersehen. Und wenn auch nicht jedes traurige, heitere oder reizbare Individuum geisteskrank ist, so sind doch jene Fälle, in welchen die krankhafte Natur solcher Verstimmungszustände nachgewiesen ist, der genauesten Beobachtung zu unterziehen und während des ganzen Verlaufes im Auge zu behalten. Dies nicht nur deshalb, weil dieselben einem wohlverstandenen Heilverfahren zugänglicher sind, als viele andere psychische Alienationszustände, sondern weil die Gefahren welche alle Geistesstörungen sowol für die Person des Kranken, als auch für die Umgebung derselben, in sich schliessen, diesen anscheinend leichten und unbedeutenden Verstimmungen in demselben Masse zugesprochen werden müssen, wie den alarmirendsten und auffälligsten Erscheinungen psychischer Störung.

Der so häufige und beklagenswerthe Irrthum, dass man eine Geistesstörung in Bezug auf ihre Gefährlichkeit für die Kranken oder deren Umgebung nach einem eben beobachteten Verlaufsstücke beurtheilen könne, hat Unglücksfälle und Katastrophen in grosser Zahl herbeigeführt. Kein anderer pathologischer Vorgang im menschlichen Organismus birgt so viel Unregelmässigkeiten und bringt so viele Ueberraschungen in seinem Verlaufe, wie die pathologischen Vorgänge im cerebralen Mechanismus. Der Grund dieser Unregelmässigkeiten und Ueberraschungen liegt einerseits in dem protrahirten Verlaufe der meisten psychischen Störungen und hauptsächlich aber in unserer Unkenntniss der den cerebralen Mechanismus beherrschenden Gesetze. Unserer Beobachtung und Beurtheilung sind eben nur die Erscheinungen zugänglich; die denselben zu Grunde liegende Störung selbst und die ganze mechanische Bedeutung des Wesens der Störung entzieht

sich vorläufig jedem Ermessen und jeder Berechnung. Und wenn wir einen psychisch Kranken zu einer bestimmten Zeit mit Rücksicht auf seine Verstimmung oder seine uns bekannten krankhaften Vorstellungen als völlig unbedenklich und ungefährlich erachten, so kann dieses Urtheil schon nach sehr kurzer Zeit Lügen gestraft werden durch ein Vorgehen des Kranken, für welches unserem mangelhaften Dafürhalten jedes psychische Motiv fehlt. Und doch fehlt kaum das Motiv für das Verhalten des Kranken, sondern nur dem Beobachter der Einblick in die Motivirung. Endlich aber braucht dem Beobachter die Motivirung noch lange nicht vollkommen zureichend zu scheinen und sie bestimmt doch die Handlungsweise des Kranken. Die subjective Massbestimmung psychischer Vorgänge ist, wenn schon im normalen Geistesleben unzureichend, in der Beurtheilung krankhafter psychischer Processe immer unzutreffend. Diese kann nur durch die Erfahrung bestimmt werden und die Erfahrung macht in Hinblick auf die Sicherheit des Kranken und seiner Umgebung sehr reservirten Ausspruch und aufmerksamste Beachtung jedes Verstimmungs-Zustandes zu unerlässlicher Pflicht.

---

4. Cap.

Die Angst.

Mit den Namen „Angst“ im psychiatrischen Sinne bezeichnet man eigentlich mehr einen Zustand psychischer Störung, als ein einzelnes Symptom. Sie ist der feste und stets gleiche Gesammtausdruck einer Reihe von psychischen Detailvorgängen, auf deren nähere Betrachtung wir eingehen müssen, um das ganze Bild voll zu erfassen. Von leichten Anfängen einfacher Depression mit unbestimmter und unbehaglicher Unruhe steigert sie sich mit oft ungeahnter Rapidität bis zur vollsten tobsüchtigen Aufregung und gefahrdrohendem Wüthen, wie es intensiver keinem anderen Aufregungs-Zustande zukommt. In dieser Akme der ängstlichen Erregung lassen sich

weder die psychischen noch die physiologischen Details auseinanderhalten und verfolgen. Dieser Intensitätsgrad der Angst eignet sich daher nicht zum Studium. Der ängstliche Zustand, der allenfalls noch ein Eingehen und eine Beurtheilung zulässt, wird von den Kranken als eine Beengung, ein Druck empfunden, der in den meisten Fällen in die Herzgegend oder in die Gegend des Sternums verlegt wird, — eine Empfindung, die lange schon als „Präcordialangst“ ein stehender Begriff in der Psychiatrie geworden ist. Je nach dem Bildungsgrade der Kranken wird diese quälende Empfindung, ohne dass sie zu ausgeprägten Wahnvorstellungen geführt hätte, in verschiedener Weise charakterisirt. Der Eine schildert sie als einen Krampf des Herzens, als ob man ihm das Herz zusammendrückte; der Andere, als ob Jemand ihm auf der Brust sässe, als ob die Brust zerspringen wollte; wieder Andere schildern eine Empfindung, als ob Reifen um die Brust gespannt wären und nähern sich damit der Empfindungsweise der tabischen Intercostalerscheinungen, die vielleicht auch in einzelnen Fällen den Ausgangspunkt wirklicher psychischer Alteration abgeben können*). Wir werden im Weiteren die darauf gegründeten Erklärungsversuche in Betracht zu ziehen haben.

Doch wird die Empfindung der Angst keineswegs immer und mit sicherer Regelmässigkeit in die bezeichnete Region verlegt. Sehr oft schildern die Kranken ein Gefühl im Halse und sagen dann, es sei, als ob ihnen jemand den Hals zusammenschnürte, als ob sie etwas im Halse hätten und sieht man solche Kranke sich oft an den Hals fassen, Schluck- und Würgebewegungen machen, und räuspern sie sich durch Stunden ohne Unterlass. Noch andere Male wissen die Individuen ihre Empfindung überhaupt nicht zu localisiren und erklären, sie hätten im ganzen Körper eine Angst, es ziehe auf und ab oder es tritt ihnen als am meisten imponirend die Verwirrung und Unbesinnlichkeit, die Unmöglichkeit, das Object ihrer Angst zu erfassen und zu bezeichnen, entgegen und verweisen sie dann auf den Kopf und die Stirngegend, wo sie den Druck zu empfin-

---

*) Schüle „Dysphrenia neuralgica“.

den vorgeben, als auf den Sitz der Angst. Ausser dieser Druckempfindung sind es insbesondere zwei Reihen physiologischer Erscheinungen, die die Angst nicht nur begleiten, sondern ihr das eigenartige Gepräge geben, das sie als Symptom von hoher klinischer Bedeutung in der Pathologie der Psychosen hervortreten lässt und diese Erscheinungen sind die respiratorischen und circulatorischen, die von Schüle*) die eingehendste und gründlichste Würdigung erfahren haben.

Entsprechend der Empfindung von Druck auf der Brust, die eigentlich als nichts Anderes als eine Umschreibung des behemmten Athmens gelten kann, ist die Respiration wenig ausgiebig, oberflächlich, saccadirt, von geringer Energie und von intercurrenten tiefen In- und Exspirationen unterbrochen. Diese unvollkommene Athmung zusammengehalten mit der energielosen Thätigkeit des Herzens, dem kleinen, harten und beschleunigten Pulse (Schüle) oder der sehr häufigen und mit unaufgeklärter Regelmässigkeit auf 48 gesunkenen Pulsfrequenz, wie ich sie neben ausgesprochenen Venengeräuschen auch bei Männern und nicht anämisch scheinenden Individuen, die von hochgradigerer Angst befallen waren, zu constatiren in der Lage war, diese beiden physiologischen Momente geben den Rahmen des ganzen Bildes der psychotischen Angst ab. Und wie sie einerseits sicher Ausfluss von localisirten cerebralen Störungen sind, so üben sie auch eben so zweifellos durch die unvollkommene Oxydirung des Blutes und der dadurch bedingten gestörten Ernährung des Gehirns wieder nach rückwärts ihren beeinträchtigenden Einfluss auf das Gehirnleben in toto aus. Und wenngleich bis heute nicht sicher erwiesen ist, dass die ausgeführten Respirations- und Circulationssymptome in der That Vagussymptome sind, wie dies Schüle nachdrücklichst betont und wie es durch die Versuche von Bezold in erhöhtem Masse wahrscheinlich geworden ist, so liegt wenigstens kein bestimmter Grund vor, dieser Ansicht Schüle's entgegen zu treten. Ob diese Vorgänge im Vagusgebiete in selbständiger, direct peripherer Weise entstehen und ablaufen, oder durch

---

*) „Handbuch der Geisteskrankheiten."

Störungsvorgänge in der Hirnrinde, wie Richarz will, und erst in weiterer Ausbreitung derselben auf die Athmungs- und Circulationscentren übergreifen, lässt sich zur Zeit wohl noch nicht mit unumstösslicher Sicherheit entscheiden. Es wird in diesem, wie in vielen anderen Fällen cerebraler Vorgänge so sein, dass beide Möglichkeiten in Erwägung gezogen und zugestanden werden müssen. Man kann annehmen und die klinische Erfahrung bietet der Annahme zahlreiche Anhaltspunkte, dass einerseits unzweifelhafte corticale Vorgänge, wie insbesondere die Production von Sinnestäuschungen, in weiterer Consequenz die Erscheinungen der Angst wachrufen und dass andererseits eine im Beginne inhaltslose Angst vielleicht als solche oder durch die schon erwähnten Störungen der Respiration und Circulation respective durch die dadurch herbeigeführte Alteration der Ernährung des Gehirns, im weiteren Verlauf auch weitere Symptome cerebraler Störung veranlassen kann.

Mit den erwähnten Erscheinungen der gestörten Athmung und des Blutumlaufes vereinigt sich eine Reihe von psychischen Symptomen zu dem Gesammtbilde der Angst. Die Kranken werden scheu, gehen verschlossen und abweisend jedem Verkehr aus dem Wege, entziehen sich jeder theilnehmenden Annäherung der Umgebung, suchen Befreiung von ihrer peinvollen Angst entweder in erhöhter Entfaltung ihrer gewohnten Thätigkeit, die sie in fieberhafter Rastlosigkeit betreiben, oder im Aufsuchen neuer und ungewohnter Beschäftigungsarten, denen sie sich in excessivster Weise hingeben, indem sie zur Fortführung dieser selbst angehäuften Arbeiten die ohnehin schlaflosen Nächte benützen. In diesem Stadium der ängstlichen Erregung entgehen die Kranken sehr leicht der Aufmerksamkeit der Umgebung, die von einer richtigen Würdigung des Zustandes weit entfernt ist. Erst wenn die Aengstlichkeit in ihrer weiteren Steigerung eine Fortsetzung der Arbeit nicht mehr gestattet, theils weil die zunehmende Unruhe kein Ausharren und keine Sammlung zulässt, theils aber weil die zunehmende Erschöpfung und die psychische Verwirrung, die ein steter Begleiter höherer Angstzustände ist, eine geordnete Arbeit und eine zusammenhängende und zweckbewusste Leistung

unmöglich machen, — erst dann wird der Zustand auch von der Umgebung als krankhafter erkannt. Doch ist mit der Arbeitsunfähigkeit noch nicht die letzte Stufe in dem Krankheitszustande erreicht. Ohne dass Wahnideen oder Hallucinationen die Angst zu compliciren brauchten, steigert sich die Unruhe der Kranken zu unaufhörlicher Muskelthätigkeit: sie laufen stunden- und tagelang in zweckloser Weise grosse Entfernungen ab, wandern rastlos oft meilenweit *), sind bei keiner Beschäftigung und bei keinem Vergnügen auch nur für kurze Zeit festzuhalten, sind des Nachts vollkommen schlaflos und klagen über Eingenommenheit und Verwirrtheit im Kopfe. Ueber das, was sie erregt und beängstigt, können die Kranken nur selten eine Auskunft geben, denn auch sie wissen keinen Grund ihrer Angst. Oft genug verweisen sie einfach auf dieselbe als auf eine Thatsache, wie andere Geisteskranke auf ihre Wahnvorstellungen. In anderen Fällen bildet eine Reihe ganz unbestimmter, dem Kranken selbst nicht klarer Vorstellungen den Kern dieser ängstlichen Erregung. Und kann man in solchen Fällen die Aeusserungen hören, dass ihnen irgend etwas Unangenehmes, Schreckliches bevorstehe, worüber sie gar nichts Näheres anzugeben wissen und das sie in keiner ihnen näher bezeichneten Gefahr wieder erkennen. Sie vermögen weder die Gefahr selbst, noch die Seite, von welcher sie kommen soll, zu bezeichnen und ist es vielmehr das mit der allgemeinen Stimmungslage auf's Engste verknüpfte dunkle Bewusstsein der persönlichen Beeinträchtigung, die sich in den diesbezüglichen Aeusserungen der Kranken wiederspiegelt und nicht eine bestimmte Wahnidee oder Gruppen von solchen.

In noch weiterer Steigerung des Zustandes ängstlicher Erregung kann die Unruhe und der Bewegungsdrang des Kranken zu völliger Tobsucht mit unablässiger, inhaltsleerer Muskelthätigkeit bei gänzlich benommenem Sensorium und totaler Verwirrtheit anwachsen und unterscheidet sich auf dieser Höhe der Erregung der Kranke äusserlich kaum mehr von

---

*) So hatten wir in der Klinik des Prof. Leidesdorf einen Bauersmann, der unter dem Einflusse seiner Angst (Wahnideen und Sinnestäuschungen fehlten) etwa 12 Meilen weit nach Wien gewandert war, um hier in einer Kirche zu beten.

einem in tobsüchtiger Exaltation befindlichen Kranken, bei dem die Tobsucht irgend einen, von dem geschilderten verschiedenen Ursprung hat.

Doch liegt die eigentliche Gefahr des Angstzustandes nicht so sehr in dem eben geschilderten Paroxysmus, in welchem es kaum mehr zu halbwegs geordneten Vorstellungen und mit denselben verknüpften coordinirten Bewegungen kommt, sondern vielmehr in dem Erregungszustande von äusserlich geringerer Intensität, in welchem der Kranke die volle Empfindung des auf ihm lastenden Druckes, die ganze Qual der persönlichen Beengung und Beeinträchtigung mit Bewusstsein trägt, wenn ihm auch jedes wahrhafte Verständniss seiner Angst abgeht. In solcher Verfassung kommt es leicht zu Bewegungsäusserungen von eruptivem Charakter, die, so sehr sie auch zweckbewusst und beabsichtigt erscheinen, doch nichts Anderes als eine Entladung der angehäuften psychischen Spannkräfte sind. Die aus der beängstigenden Ruhe dieser Kranken in unerwartet explosiver Raschheit hervorbrechenden und mit rücksichtsloser Wildheit gegen sich selbst oder gegen Andere gerichteten Handlungen haben keinen anderen Zweck, als den der Befreiung von dem psychischen Drucke, der auf ihnen lastet. Und je schwerer und grösser sie diesen Druck empfinden, umso grösser und schreckensvoller wird die Handlungsweise sein, in der sich die Angst entladet. Von den endlosen, nicht zu hemmenden, gegen sich gekehrten Misshandlungen, die solche Kranke ausführen, indem sie an den eigenen Fingern kauen, die Haut von denselben in Stücken abbeissen und zupfen, die Haare einzeln ausrupfen, sich mit ganzer Faust auf den Kopf schlagen oder sich mit den Nägeln zerfleischen, und von den Belästigungen Anderer mit Püffen, Stössen und Kneifen, — führt eine lange Reihe von Verletzungen der eigenen Person und der Umgebung bis zum Selbstmord und dem Mord oft der liebsten Angehörigen, oft gänzlich Unbekannter, wie solche Fälle in grosser Zahl in der psychiatrischen Casuistik verzeichnet sind. Auf den mit diesen Thatsachen nicht vertrauten Beobachter macht es immer einen unerklärlichen und perversen Eindruck, wenn er Kranke mit allen Erscheinungen grosser

Angst und Besorgniss um die eigene Person unablässig die Anderen quälen und thätlich misshandeln sieht und doch ist auch dieses agressive Vorgehen nur der Ausdruck der Versuche, sich von dem quälenden Druck der Angst möglichst zu befreien.

In anderen Fällen kommt es unter dem Einflusse der ängstlichen Erregung nicht zur Bewegungsunruhe, sondern im Gegentheil zu einer hochgradigen contracturenähnlichen Starrheit der Gesammtmuskulatur. Die Kranken kauern zitternd, und mit angstvollem Gesichtsausdrucke in einer Ecke, verändern weder aus eigener Initiative die eingenommene Haltung, noch auch lassen sie eine passive Aenderung zu. Jedem Versuche, sie aus ihrer Stellung zu bringen, irgend eine Veränderung mit ihnen vorzunehmen, setzen sie eine unüberwindliche Rigidität der Muskeln entgegen. Die Muskeln fühlen sich brettartig gespannt an und machen den Eindruck als ob sie von einem tonischen Krampfzustande befallen wären. Wir werden dieses Verhalten später noch pathologisch-anatomisch zu würdigen haben.

Es wurde schon andeutungsweise erwähnt, dass die Angst als solche und ohne Zusammenhang mit Wahnvorstellungen und Hallucinationen bestehen kann; sie muss weder den Ausgangspunkt dieser abgeben, noch auch durch dieselben hervorgerufen werden. Als ein, freilich complicirteres Symptom psychischer Störung kann sie in ganz selbständiger Weise und ohne weitere Complication, allein und für sich den ganzen Inhalt eines psychischen Krankheitszustandes ausmachen. Es sind die Fälle keineswegs selten, in welchen der Angstaffect ohne jeden weiteren Vorstellungsinhalt für sich besteht und die ganze Krankheit ausmacht. Doch ist es wohl das häufigere Vorkommniss, dass sich dieses Symptom mit anderen Krankheitssymptomen vergesellschaftet, entweder in der Weise, dass die Angst das Primäre, die übrigen Erscheinungen aber an diese sich erst anschliessen oder dass Wahnideen und Sinnestäuschungen das Primäre und der Angst nur die Rolle einer consecutiven Begleiterscheinung zufällt, oder endlich, dass Angst und Vorstellungsinhalt gleichzeitig und aus derselben Krankheitsquelle fliessend auftreten. In einer andern Reihe von Fällen tritt die Angst unter später näher zu erwägenden Umständen als ein wesentlich neues Complicationssymptom zu einer

andern concreten psychischen Krankheitsform hinzu und liegt derselben dann ein zum Theile bekannter pathologisch-anatomischer Vorgang zu Grunde. In diesem Falle kommt der Angst eine besonders zu würdigende Bedeutung zu.

Es wäre ungerechtfertigt, die Angst selbst, wo sie in primärer und idiopathischer Selbständigkeit auftritt und eine Zeit hindurch als das hervorstechendste Symptom der Geistesstörung das Gesichtsfeld der Beobachtung beherrscht, mit der Würde einer psychischen Krankheitsform auszustatten. Denn erstens ist der Bestand der reinen, gar nicht complicirten Angst durch eine ganze Krankheitsdauer äusserst selten. Nicht nur dass die Intensität derselben im Krankheitsverlaufe innerhalb weit gezogener Grenzen so sehr schwankt, dass der Eindruck der Beobachtung ein entsprechend wechselnder ist; sondern gerade in jenen Fällen, in welchen die Angst nicht die nebensächliche Bedeutung einer secundären Begleiterscheinung hat, vielmehr den Grundcharakterzug der Erkrankung bildet, gerade in diesen Fällen wird die Angst nicht lange uncomplicirt bleiben. Alsbald treten mehr minder bestimmte Wahnideen auf, nicht als vom Kranken gesuchte und gefundene Erklärung des Angstzustandes, sonders als Ausfluss derselben krankhaften cerebralen Vorgänge, die ja auch dem Angstaffecte zu Grunde liegen. Und diese Wahnvorstellungen resp. Sinnesdelirien sind ihrem Inhalte und ihrer Combination nach so sehr verschieden, dass die Beobachtung nur einen im Grossen und Ganzen gleichbleibenden Symptomencomplex vor sich hat, der aber in seinen Einzelnheiten stets und nicht unbeträchtlich sich verändert.

Zweitens aber, und dies ist das Wichtigere, hat die Angst als solche, weil sie rein und uncomplicirt den verschiedensten Krankheitsbildern zukommt, so zwar, dass sie eine Zeit lang alle andern Symptome in den Hintergrund drängt, und in dieser Zeit nur schwer oder gar nicht von der primären und idiopathischen unterschieden werden kann, keinen diagnostischen Werth. Es wurde früher schon erwähnt, dass der Angstaffect ganz allein oft den durch Alcoholintoxication herbeigeführten psychischen Krankheitszustand ausmacht. Im weiteren Verlaufe

dieser Darstellungen wird Gelegenheit sein, auf die innigen Beziehungen aufmerksam zu machen, welche zwischen der Epilepsie und dem Angstaffecte einerseits und der paralytischen Geistesstörung und wieder der Angst bestehen. Wir werden sehen, wie die voll ausgebildete Angst in ihrer höchsten Intensität, mit und ohne Wahnvorstellungen oder Hallucinationen dem epileptischen Krampfanfall vorausgeht, oder diesen ganz ersetzt, oder in selteneren Fällen diesem folgt und die einmalige epileptische Attaque abschliesst. Und bei der Betrachtung der typischen paralytischen Geistesstörung werden wir, unter bestimmt vorauszusetzenden pathologisch-anatomischen Vorgängen im Gehirne, solchen Stadien der Erkrankung begegnen, die, abgesehen von den Lähmungserscheinungen, der Beobachtung nichts Anderes darbieten, als die Angst mit allen psychischen und somatischen Erscheinungen. Ja wir werden sehen, das dieses Angststadium der typischen Paralyse nicht eine vorübergehende Bedeutung hat, sondern dass es, einmal voll entwickelt, nur selten wieder schwindet, vielmehr durch längere Zeit unverändert in gleicher Intensität fortbesteht und als Terminalstadium unmittelbar zum lethalen Ausgange führt.

Ob und inwieferne derselbe pathologisch-anatomische Process, wie er in der paralytischen Geistesstörung die Erscheinungen der Angst hervorruft, auch für die Angstzustände anderer Symptomenreihen als Grundlage angenommen werden kann, ist, wenn auch nicht unwahrscheinlich, doch im hohen Grade unsicher, da die in der paralytischen Geistesstörung so häufigen und regelmässigen autoptischen Befunde in anderen Fällen psychischer Erkrankung sehr selten sind und noch seltener in die geeignete Zeit fallen, d. h. dass der Angstzustand sehr selten, wie in der typischen Paralyse, den ganzen Krankheitsverlauf abschliesst und eine Einsichtsnahme in den pathologisch-anatomischen Process gestattet. Und wenn es in der That auch nicht unwahrscheinlich ist, dass derselbe Process auch in anderen, von der Paralyse total verschiedenen Krankheitsfällen obwalten und, wie dies Zurücktreten der Angstsymptome nahe legt, auch wieder schwinden kann; so muss diese Frage, so lange die Annahme durch die Erfahrung nicht erhärtet und andere patho-

logisch-anatomische Ursachen als Grundlage der gleichen Erscheinungen nicht ausgeschlossen werden können, als eine offene behandelt werden.

Den Charakter und die Bedeutung eines Consecutivsymptoms hat die Angst dann, wenn sie sich an bestimmte Wahnvorstellungen oder Sinnestäuschungen anschliesst, aus diesen hervorgeht und mit der Intensität derselben steigt und fällt. Es begreift sich dieser ursächliche Znsammenhang zwischen Wahnvorstellungen, Hallucinationen und Angst von selbst. Denn es knüpft sich an die krankhaften Vorstellungen und Sinnesperceptionen ganz wie an die gesunden eine Stimmungsfarbe, die lediglich von dem Inhalte derselben abhängig ist. Es ist ja die Stimmung oder das, was man mit der Bezeichnung „Gefühl“ als gesonderte Function des Gehirns heraushebt, nichts Anderes, als die Reaction des ganzen Gehirns resp. seines psychischen Inhaltes auf einen einzelnen Eindruck. In dieser secundären Dignität schliesst sich die Angst an solche Vorstellungen und Sinneswahrnehmungen krankhaften Ursprungs an, deren Inhalt eine Beeinträchtigung, Bedrohung oder Vernichtung der Person in sich schliesst, — also direct an Verfolgungsideen und entsprechende Sinnestäuschungen. Es wird uns nicht wundern, wenn ein Individuum, das sich von allen Seiten verfolgt sieht, das von andringenden und bewaffneten Feinden Eigenthum und Leben stündlich bedroht glaubt, das die ungeheuerlichsten Anschuldigungen gegen sich hört, Gift in seinen Speisen und Getränken, ja sogar in der Luft, die es athmet, zu merken vermeint, — es wird uns nicht wundern, wenn ein solches Individuum in die höchste Angst geräth, die sich umso mehr steigert, je hilfloser der Kranke sich diesen Qualen überantwortet sieht, je weniger er sich den eingebildeten Gefahren zu entziehen vermag. Denn darin liegt ja ein Hauptgrund der tiefen Wirkung solcher wahnhafter Vorgänge, dass das Individuum sie mit sich trägt und zu keiner Zeit und an keinem Orte den Gefahren aus dem Wege gehen kann oder sich derselben zu entledigen im Stande ist. In demselben Maasse aber wird auch die Reaction seines ganzen psychischen Lebensinhaltes intensiver sein und die Angst um die bedrohte Existenz sich steigern.

So wie diese secundäre Angst im Ganzen von den zu Grunde liegenden anderweitigen cerebralen Vorgängen, speciell von den Wahnideen und Sinnestäuschungen abhängt, so wird ihre Entwicklung, ihr weiterer Anstieg immer in engstem Causalnexus mit ihren Grundlagen bleiben. Je nachdem die krankhaften Vorstellungen und Sinnesperceptionen intensiver und bedrohlicher werden, wird auch die Angst grösser sein und je nach der Raschheit der Intensitätsschwankungen der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen wird der Anstieg und der Abfall der Angst ein allmäliger oder überstürzt rascher sein.

Nichts aber vermag diese directe Abhängigkeit der erwähnten Elemente psychischer Störung unzweifelhafter darzuthun, als jene Fälle, in welchen Hallucinationen von intensivster Lebendigkeit und bedrohlichem Inhalte plötzlich den normalen Gang der cerebralen Functionen durchbrechen und so das Entsetzen der unvorbereiteten Individuen mit einem Schlage auf die höchste Stufe treiben. So ist dies namentlich bei Epileptikern der Fall, bei denen plötzlich eine intensive Gesichtshallucination die imminenteste Gefahr in unmittelbarste Nähe rückt und unter deren Einfluss die auf's Höchste geängstigten Individuen in rascher und verzweifelter Abwehr zu den grauenvollsten Handlungen getrieben werden. Man hat solche unerwartete und hochgradige Explosionen der Angst mit dem besonderen Namen eines „furor melancholicus“ bezeichnet, die Handlungen solcher Individuen als aus einem „impulsiven Irresein“ hervorgehend angesehen. Wir sehen, dass es der besonderen Bezeichnung, der eigenen Specificirung nicht bedarf, sondern dass sie Ausfluss eines bestimmten Krankheitssymptomes sind und nur auf dieses bezogen werden können.

Aus dem Vorhergegangenen wird demnach bezüglich des Auftretens und des weiteren Verlaufes des Angstaffectes ersichtlich, dass derselbe rasch und unvermittelt zu seiner grössten Höhe ansteigen und bei kürzer oder länger dauernder, gleichbleibender Intensität in eben so steilem Abfall wieder schwinden kann. Doch werden wir, wie dies noch später ausführlich erörtert werden soll, bei solcher Verlaufsweise an eine unliebsame Complication zu denken haben und in der Angst, auch wenn

sie ohne andere schwerere Begleiterscheinungen einhergeht, mehr als ein einzelnes Symptom sehen. Wir werden im Verlaufe unserer Darstellung erkennen, dass das unvermittelte Einsetzen eines Symptoms von cerebraler Störung und die ebenso unvermittelte Restitution, selbst wenn das Symptom an sich wenig besorgnisserregend ist; dass dieses blitzartige Auftreten und Wiederverschwinden eines psychischen Krankheitssymptomes prognostische Bedenken erregen dagegen, dass die Affection mit der einmaligen Attaque auch ihren definitiven Abschluss erreicht habe. Die klinische Erfahrung lehrt, dass einem Symptome von so abruptem Eintritt und Verschwinden in den meisten Fällen die Bedeutung eines ganzen Krankheitszustandes mit der funesten Neigung zu wiederholter Recidive zukommt.

In anderen Fällen ist das Acmestadium der ängstlichen Erregung durch ein verschieden langes Prodromalstadium eingeleitet. Mit leichter Depression und unbestimmter Unruhe hebt eine ganze Reihe von psychischen Störungserscheinungen an, die, wie früher geschildert, ganz allmälig bis zu vollster tobsüchtiger Erregung aus Angst sich steigern kann und von dieser Erregungshöhe ebenso langsam und allmälig abfällt und wieder einem normalen Verhalten weicht.

Nur in seltenen Fällen, und insbesondere, wenn die Störung sich auf dem Boden seniler Involution des Gehirns entwickelt, bleibt die ängstliche Erregung, auf einer mittleren Intensitätsstufe angelangt, unverändert auf gleicher Höhe durch lange Jahre bei immer zunehmendem geistigem Verfalle und bildet so den prognostisch ungünstigen Symptomencomplex der sog. Paraphobie.

---

5. Cap.

Der Stupor.

Keineswegs ein weiter gediehenes Stadium irgend eines anderen Symptoms, etwa des depressiven Hemmungszustandes, sondern ein Symptom von selbständiger Bedeutung ist die volle psychische und motorische Gebundenheit, die man mit dem

Namen des Stupors bezeichnet. Der Stupor stellt einen im Verlaufe der verschiedensten psychischen Störungen auftretenden Zustand dar, welcher durch die totale Aufhebung jeder willkürlichen psychischen, wie motorischen Aeusserungsfähigkeit charakterisirt ist. Man sieht die Kranken in diesem Zustande der vollkommenen Regungslosigkeit, die durch keinen äusseren Eindruck alterirt wird, durch Stunden, Tage, Wochen, ja Monate verharren. Fragen, die an sie gerichtet werden, bleiben unbeantwortet, scheinen kaum percipirt zu werden; den Aufforderungen, ihre Stellung zu verändern, irgend eine Bewegung zu machen, wird nicht Folge geleistet; auf äussere Reize wird in keiner Weise reagirt und stellen sich so diese Kranken als vollkommen anästhetisch und analgetisch dar. Die Secretionen gehen, von den Kranken ungewollt und ihnen unbewusst, vor sich; sie lassen Harn und Stuhl unter sich; ebenso fliesst der Speichel unbehindert aus dem Munde; die Speisen müssen den Kranken nicht nur mit dem Löffel beigebracht, sondern oft genug so weit in den Rachen vorgeschoben werden, dass der unwillkürliche Schlingact zur Geltung kommen kann. So verharren die Patienten in der ihnen einmal gegebenen Stellung, bis sie wieder von Anderen aus derselben gebracht werden: sie müssen aus dem Bette gehoben und wieder in dasselbe gebracht, müssen gereinigt, an- und ausgekleidet und gefüttert werden; mit einem Worte, es fehlt jede Activität von Seite der Kranken; sie verhalten sich vollkommen passiv.

Die Aehnlichkeit dieses Zustandes bei den verschiedensten Kranken wird nur durch das verschiedene Verhalten der Musculatur aufgehoben. Bei aller äusseren Aehnlichkeit solcher Kranken machen sich Unterschiede im passiven Verhalten derselben bemerkbar, welche Unterschiede in dem verschiedenen Tonus der Muskeln zum Ausdruck kommen. Während die eine Reihe der stuporösen Kranken vollkommen weiche und schlaffe Musculatur hat, und den passiven Bewegungen gar keinen Widerstand entgegensetzt, die erhobenen Gliedmassen nach Wegfall der Stütze wie leblos herabfallen lässt, zeigt eine andere Reihe einen tetanischen Contractionszustand sämmtlicher willkürlicher Muskeln. Arm- und Beinmuskeln fühlen sich

brettartig gespannt an und lassen sich nur mit grosser Kraftanstrengung passive Bewegungen an denselben vornehmen; jeder Lage- und Stellungs-Veränderung der Extremitäten wird ein kräftiger, schwer zu überwindender Widerstand entgegengesetzt, der wohl unabhängig ist von der Willkür der Kranken und blos auf den tetanischen Zustand der Muskeln zurückzuführen ist. Zum Mindesten lässt sich diese Muskelspannung auch in den vollkommen ruhigen Muskeln constatiren. Mit dem eben geschilderten Muskelverhalten steht keineswegs der als Flexibilitas cerea bekannte Zustand in regelmässigem Zusammenhange. Das gleichzeitige Vorkommen von tetanischer Muskelstarre und Flexibilitas cerea ist keineswegs so constant, dass man an eine ursächliche Zusammengehörigkeit beider denken könnte. Vielmehr kommt es vor, dass die mit Mühe aus ihrer Lage gebrachten tetanisch contrahirten Extremitäten solcher stuporöser Kranken mit einem plötzlichen Ruck oder stossweise in die frühere Lage zurückkehren. Und ebenso kommt es vor, dass bei ganz weicher und nachgiebiger Musculatur die Flexibilitas cerea deutlich ausgesprochen ist. Doch ist sicher, dass der Zustand von Flexibilitas cerea niemals ohne die anderen psychischen Erscheinungen des Stupors auftritt. Wir sprechen hier selbstverständlich nur von der wirklichen Flexibilitas cerea, nicht aber von dem ähnlichen Verhalten der Muskeln bei solchen psychisch Kranken, die mit Willen und anschliessend an irgend welche wahnhaften Vorstellungen in der einmal eingenommenen Stellung verharren. Nach den vorliegenden Erfahrungen lässt sich sagen, dass die Flexibilitas cerea niemals selbständig, sondern immer àls Begleiterscheinung und im Verlaufe von psychischen Störungen auftritt u. z. insbesondere solcher, deren Hauptsymptom der Stupor ist.

Ueber das Zustandekommen dieses kataleptischen Zustandes und den demselben zu Grunde liegenden Hirnprocess sind seit langer Zeit die verschiedenartigsten Ansichten geäussert worden. Von den wenig delucidirenden psychologischen Anschauungen über den gänzlichen Ausfall der Aufmerksamkeit und des Willens als Grundlagen des genannten Verhaltens abgesehen, suchte man die Erklärung dieses Muskelphänomens in

einer constanten Rigidität der Muskeln, in einer verlangsamten oder gänzlich aufgehobenen Ermüdungsempfindung oder endlich in einem totalen Ausfall jener Empfindungen, die das Individuum über die Contractionsänderungen seiner Muskeln orientiren, im Fehlen des sogenannten Muskelsinnes. Da die bisherigen Erklärungen sämmtlich sich auf dem Boden der Hypothese bewegen und wir uns in unseren Darstellungen principiell von allen hypothetischen Erklärungsversuchen der uns beschäftigenden Symptome fern halten wollen, so müssen wir auf eine Wesenserklärung der Katalepsie verzichten. Die klinische Erfahrung lehrt aber mit Bestimmtheit, dass ein auffälliger Grad von tetanischer Muskelstarrheit zum Zustandekommen der Flexibilitas cerea nicht unbedingt gehört und dieselbe auch nicht regelmässig begleitet. Andererseits aber kommt in stuporösen Zuständen nicht selten ein bedeutender tetanischer Spannungszustand der Muskeln vor, ohne dass sich Flexibilitas cerea constatiren liesse. Hingegen lässt sich in allen Fällen von kataleptischem Verhalten eine beträchtliche Abnahme der Sensibilität nachweisen. Abgesehen davon, dass die kataleptischen Kranken in der That eine Ermüdung nicht zu empfinden scheinen, indem sie selbst in den schwierigsten und unnatürlichsten Stellungen durch längere Zeit verharren, reagiren sie auf Kneipen und Stechen und auf ziemlich starke elektrische Hautreize in keiner Weise. Convulsivisches Zucken der Augenlider ist die einzige Bewegung, mit der die Kataleptischen alle an ihnen vorgenommenen Untersuchungen und Prüfungen stetig begleiten.

Nach alledem lässt sich zur Erklärung der kataleptischen Erscheinungen, als eines den Stupor häufig begleitenden Symptomes sagen, dass der aufgehobenen oder doch sehr herabgesetzten Sensibilität eine sehr wichtige Bedeutung zukomme und dass die erschwerte Fortleitung sowohl centripetaler als centrifugaler Erregungsvorgänge in den Nervenbahnen im weitesten Sinne des Wortes für das Zustandekommen dieses Zustandes ausschlaggebend sei. Und wenn wir an dieser Stelle auf einen pathologisch-anatomischen Befund hinweisen, den wir in zahlreichen Fällen und mit Constanz

bei Paralytischen, bei denen Stupor mit tetanischem Muskelverhalten oder seltener mit Flexibilitas cerea als Terminalstadium die Krankheit abschloss, constatiren konnten; so geschieht dies nur mit dem nöthigen Vorbehalt und keineswegs in der Meinung, in demselben Befunde auch die Erklärung der Katalepsie gefunden zu haben. Bei all' den Fällen von typischer Paralyse nämlich, bei denen gegen das Ende der Krankheit alle anderen Symptome von einem hochgradigen Stupor mit tetanischer Contraction der Extremitäten- und Stammmuskeln oder vollständig schlaffer Musculatur bei stark erweiterten Pupillen, und ab und zu deutliche ängstliche Erregung mit entsprechenden Wahnvorstellungen (wie das noch später dargethan werden soll) in den Hintergrund gedrängt wurden, — in allen diesen Fällen erhielt man den Eindruck eines in erhöhtem Grade bestehenden Gehirndruckes, welche Annahme durch den regelmässigen Nachweis einer bedeutenden Vermehrung der Gehirnkammerflüssigkeit verificirt wurde. Bei dem Umstande, dass Fälle von stuporösem Irresein mit und ohne Katalepsie nur selten zur Obduction kommen und dass der erwähnte Befund nur Autopsien von typischen Paralysen mit terminalem Stupor entnommen ist, kann dem Befunde auch kein entscheidender Werth beigemessen werden. Immerhin aber bleibt der Befund von Beengung des Schädelraumes durch Hydrocephalus internus, wie er bei den Obductionen solcher Paralytiker, die im Zustande ausgesprochenen Stupors oder ängstlicher Erregung mit allen Zeichen psychischer Gebundenheit nachgewiesen wurde, beachtenswerth. Die Aehnlichkeit, ja Gleichheit der Erscheinungen des Stupors im Verlaufe resp. am Verlaufsende der Paralyse und des Stupors im Verlaufe anderer psychotischer Zustände erlaubt wohl den Hinweis auf den angeführten pathologisch-anatomischen Befund und den durch denselben im Leben bedingten Effect des Gehirndrucks, als auf eine wahrscheinliche Ursache solcher Zustände überhaupt. Als gleichartige Ursache dieser stuporösen Zustände, sowie der Angst mit psychischer und motorischer Gebundenheit gilt wohl neben der acut entstandenen Vermehrung des Kammerinhaltes, auch das subacute Gehirnödem. Letzteres setzt wie Ersteres den gleichen Effect des Gehirndrucks. Es thut dieser Annahme

keinen Abbruch, dass ausgesprochener Gehirndruck, wie ihn ein langsam wachsender Hirntumor oder plötzlicher Blutaustritt in's Gehirn oder in die Ventrikel erzeugen, ohne die besprochenen Symptome von ängstlichem oder einfachem Stupor einhergeht. Denn die Wirkung sowohl des sehr langsam zunehmenden, wie des plötzlich einsetzenden Gehirndruckes wird wohl ohne weitere Beweisführung als verschieden von dem subacut entstandenen und ebenso verlaufenden erachtet werden.

Freilich bleibt auch nach Constatirung dieser autoptischen Thatsache das Zustandekommen des mit derselben in sichtlichem Zusammenhange stehenden psychotischen Zustandes unerklärt und fehlt auch hier der Einblick in das Verhältniss von Ursache und Wirkung. Doch ist das der Mangel, der den Gehirnbefunden mit Rücksicht auf die durch dieselben hervorgerufenen Erscheinungen insgesammt anhaftet. Es genügt der Nachweis eines Befundes ohne die Erklärung des „Wie" des Zusammenhanges nicht. Doch bleibt der Werth des Befundes nichtsdestoweniger unbestritten und steigt nur noch durch die später hinzutretende Einsicht in dessen Wirkungsweise.

Es wurde eingangs erwähnt, dass der Stupor nicht ein Stadium in der Entwicklung irgend eines andern Symptoms sei, sondern eine psychische Krankheitserscheinung von selbständiger Bedeutung. Diese besondere Bedeutung muss dem genannten Symptome deshalb zugeschrieben werden, weil dasselbe für sich und allein durch lange Zeit das Bild einer bestehenden psychischen Störung ausmachen kann und weil kaum irgend eine Form von Geistesstörung existiren dürfte, in deren Verlauf nicht der Stupor intercurriren würde. Er kann also in einer Reihe von Fällen einer Psychose das ganze Gepräge geben und ist in anderen Fällen nur ein Stadium von kürzerer oder längerer Dauer im Verlaufe der verschiedensten geistigen Alienationen.

Ein Symptom psychischer Störung von der selbständigen Bedeutung, dass es der Störung selbst den Charakter verleiht, ist der Stupor in den als „Hemmungszustände bekannten psychischen Erkrankungen. Eine solche Psychose beginnt von vorne herein mit allen Zeichen psychischer und motorischer Gebundenheit und ist alsbald im vollkommenen Stupor zur

grössten Höhe der Krankheit gediehen. In der Regel fällt wohl diese allgemeine Gebundenheit zum Mindesten im Beginne der Erkrankung mit einer entschiedenen Depression, einer traurigen Verstimmung zusammen. Doch ist das sicher nicht immer der Fall. Die bis heute festgehaltene Meinung, dass stuporöse und melancholische Zustände, dasselbe seien, ist wohl eine mit Unrecht festgehaltene Bequemlichkeit. Denn nicht nur dass wirklicher und vollentwickelter Stupor in den meisten Fällen mit ausgesprochener Demenz einhergeht, und dass typisch melancholische Zustände, wie die des Seniums, kaum je mit Stupor complicirt sind; kann auch das sorgfältigste, aber unbefangene Eingehen auf den in Rede stehendenKrankheitszustand, wie er aus den Aeusserungen der Kranken ersichtlich wird, nur selten traurige Verstimmung mit depressivem Vorstellungsinhalte nachweisen. Die krankhafte Depression, das was man in der Psychiatrie als Melancholie bezeichnet, geht vielleicht nie mit der totalen Alalie und der Reactionslosigkeit einher, wie sie den Stupor charakterisiren. Der wirkliche Melancholiker macht sich oft genug durch unausgesetztes Jammern, lärmende Klagen und ununterbrochene Unruhe ebenso bemerkbar, wie irgend ein maniakalisches Individuum. Die starre Ruhe und stumpfe Regungslosigkeit im Stupor ist der Ausdruck der vollständigsten geistigen Leere, der Aufhebung der cerebralen Vorgänge durch erschwerte oder vernichtete Leitung in sämmtlichen nervösen Bahnen. Dem allein entsprechen auch die Auskünfte, die man über diesen Zustand von den Genesenen erhält. Sie erklären, dass sie in diesem Attonitätszustande gar nichts dachten, dass sie vollkommen unfähig waren etwas zu denken oder zu handeln; höchstens geben sie zu, dass sie diese allgemeine Gebundenheit schmerzlich empfanden und dass sie einen belastenden Druck im Kopfe fühlten. Von wirklichen depressiven Vorgängen in dieser Zeit wissen sie nichts.

Dieser Zustand von Stupor, so häufig er auch in primärer und acuter Weise auftreten und so oft er auch in vollständige Restitution übergehen mag, ist doch nichts Anderes als ein Zustand unzweifelhafter Demenz. Gegen diese Annahme sträubt sich nur die Anschauung, die in der geistigen Schwäche ent-

weder ein angeborenes Uebel oder ein, durch einen langen cerebralen Process gesetztes Krankheitsende sieht und in allen Fällen die Irreparabilität eines Schwächezustandes für erwiesen hält. Indess steht heute die Thatsache einer primären, acuten Demenz über jeden Zweifel und ist das Vorübergehende solcher Demenzzustände, auch wenn sie gar nicht unter dem Bilde des Stupors verlaufen, anerkannt und liefert die klinische Erfahrung zahlreiche Belege dafür. Es genügt, wenn wir hier auf die passageren Zustände ausgesprochenster Geistesschwäche hinweisen, wie sie nicht selten nach einem epileptischen Krampfanfalle auftreten und nach verschieden langer Dauer wieder vollständig schwinden.

Sieht man endlich einen primären Stupor, der in acuter Weise auftrat, in unveränderter Monotonie sich über Jahre erstrecken, dann ist wohl Niemand in Zweifel darüber, dass der ursprünglich als heilbar angesehene Zustand in einen irreparablen, unheilbaren übergegangen ist und man pflegt, da ein anderes Charakteristikon fehlt, aus der langen Dauer des Stupors auf die schon eingetretene Demenz zu schliessen. Und doch hat sich in der Symptomengruppe selbst nichts geändert.

Wir werden aus allen eben dargelegten Gründen glauben müssen, dass der Stupor, mag er nun ein Krankheitsbild allein ausmachen oder aber ein Stadium im Verlaufe irgend einer psychischen Störung sein, mag er sich stabilisiren oder nach verschieden langem Bestande wieder vorübergehen, immer einen Zustand von psychischer und motorischer Functionsunfähigkeit repräsentire und eigentlich das typischeste Bild cerebraler Debilität, das Minimum der Leistungsfähigkeit des Gehirns darstelle.

Es wurde bisher erwähnt, dass der Stupor mit einem leichten Depressionsstadium, in primärer und acuter Weise anhebend, bald zur vollen Entwicklung psychischer und motorischer Regungslosigkeit gediehen und auf dieser Höhe durch Monate und Jahre verharren kann und dann dem ganzen Krankheitsbilde den Charakter verleiht, — einem Krankheitsbilde, das unter dem Namen der stuporösen Melancholie in der Psychiatrie (wie wir glauben mit Unrecht) Bürgerrecht erlangt

hat, weil der Stupor keineswegs vorzugsweise, noch weniger ausschliesslich mit der Melancholie einhergeht und weil hinter ausgesprochenem Stupor kaum jemals wirkliche Depression oder depressive Vorstellungen stehen. Beiläufig wurde auch hervorgehoben, dass der Stupor ein intercurrirendes Stadium verschiedener Geistesstörungen bilden könne. Vorübergehend wurde auch schon auf den stuporösen Zustand, wie er nicht selten den Verlauf der typischen Paralyse abschliesst, hingewiesen; ebenso wurde angedeutet, dass er sich in verschieden langer Dauer nach einem epileptischen Krampfanfalle etabliren könne. Es wird dieses Vorkommen eingehender gewürdigt werden müssen, wenn wir in einem speciellen Theile die Symptomencomplexe betrachten, die man in der psychiatrischen Empirie als besondere psychische Krankheiten anzusehen sich gewöhnt hat. Hier wollen wir noch kurz erwähnen, dass man den Stupor gar nicht selten, in allerdings meist sehr kurzer Verlaufsdauer, Exaltationszustände unterbrechen sieht und dass er in ausgeprägtester Form und mit den prägnantesten kataleptischen Erscheinungen die terminalen Demenzzustände, wie sie acute, idiopathische Geistesstörungen abschliessen, intercurrent complicirt. Ja man kann sagen, dass wirkliche und vollentwickelte Katalepsie von längerer Dauer, wenn man von den ähnlichen hysterischen Affectionen absieht, in voller Reinheit fast nur bei vorgeschrittenem geistigen Verfall beobachtet wird. In der grossen Reihe von diesbezüglichen Fällen, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten, waren es immer Fälle von vorgeschrittener Demenz, die sich zur Demonstration von vollständiger Flexibilitas cerea als besonders geeignet erwiesen.

Wo und in welcher Verbindung der Stupor aber auch vorkommen mag, ob als dauernder oder vorübergehender Zustand, ob in primärer oder secundärer und intercurrirender Weise, immer und in allen Fällen ist es das gleiche Bild, das sich der Beobachtung darbietet, bis auf die schon erwähnten Unterschiede des Muskelverhaltens. Ob weiters der Stupor in allen Fällen Ausfluss des gleichen cerebralen Vorganges und Wirkung derselben Ursache sei, dies lässt sich um so weniger mit Sicherheit entscheiden, als wir derzeit über die wirkliche organische Grund-

lage desselben nur Vermuthungen haben. Der früher angeführte pathologisch-anatomische Befund ist jedenfalls einer viel zu kleinen und der Krankheitsform nach viel zu engen Beobachtungsreihe entnommen, als dass man denselben zu weitgehenderen und generalisirenden Schlüssen verwerthen dürfte. Denn in diesen, wie in allen Fällen cerebraler Erkrankungen sind die autoptischen Befunde nur mit der äussersten Vorsicht zu gebrauchen und wird man bei der Herstellung der Beziehungen zwischen Krankheitserscheinungen und Befund nur mit möglichst scharfer Skepsis verfahren dürfen. Man darf eben die Thatsache aus dem Gebiete der Gehirnerkrankungen niemals vergessen, dass die verschiedensten Befunde oft die gleichen Krankheitserscheinungen setzen und umgekehrt die disparatesten Krankheitssymptome einen einförmigen Befund erkennen lassen. Wir werden demnach auch nicht einmal versuchen zu entscheiden, ob die anatomische Grundlage des Stupors und der Katalepsie in einem durch Hydrocephalie oder durch Gehirnödem bedingten Hirndruck zu suchen ist und welcher Antheil etwa dem einen oder dem andern der erwähnten Factoren zuzuschreiben ist; noch weniger werden wir den Versuch wagen, für symptomatologische Unterschiede den einen oder andern Befund begünstigend heranzuziehen. Der angeführte Befund, der sich immer an bestimmte Krankheitserscheinungen anschloss, sollte nur ohne jedes Präjudiz und ohne dass wir weitere Erörterungen an denselben knüpfen wollen, einfach registrirt werden.

Nicht ohne Bedeutung für den Ausgang einer psychischen Störung ist das Auftreten des Stupors im Verlaufe derselben. Und auch für diese prognostische Werthschätzung ist es bestimmend, ob der Stupor als solcher das alleinige oder doch das Hauptsymptom der bestehenden Störung ist, oder ob er eine Verlaufsphase einer symptomatologisch reichhaltigeren Geistesstörung bildet. Für diese Werthschätzung ausschlaggebend ist die Erwägung, ob man es im gegebenen Falle mit einem von vielen Symptomen eines breit angelegten Krankheitsbildes oder mit dem einfachsten Krankheitszustande, dessen ganzen Inhalt der Stupor allein ausmacht, zu thun hat. Denn während im ersten Falle dem Stupor nur nebensächliche Bedeutung zukommt

und derselbe keinen Einfluss auf die Prognose ausübt, hat er im letzteren Falle immer die Neigung sich zu stabilisiren und trübt in hohem Masse die Aussicht auf vollständige Restitution. Die Fälle, in welchen sich der Stupor nach einem kurzen Depressionsstadium einstellt und durch Wochen oder Monate in unveränderter Weise fortbesteht, drohen immer in chronische, irreparable Zustände von psychischer und motorischer Torpidität überzugehen und bieten nur geringe Hoffnung auf einen günstigen Ausgang.

---

6. Cap.

Die Abstinenz.

Ein im Verlaufe der psychischen Störungen nicht seltenes und denselben eigenthümliches Symptom ist die Abstinenz, wie man kurzweg die psychotische Nahrungsverweigerung benennt. Sie ist immer nur ein Symptom von vielen, die zusammen eine Störung ausmachen und hat in der überwiegenden Zahl derFälle in anderen Störungserscheinungen ihren Grund. Wenn auch die cerebralen Vorgänge, auf welche die Abstinenz als auf ihre Ursache zurückgeführt werden muss, nicht verschieden sind, vielmehr meist den gleichen Charakter haben, so complicirt die Nahrungsverweigerung dennoch sehr verschiedene Krankheitsbilder. Sie ist eine ebenso häufige Complicationserscheinung der Melancholie, als der Verrücktheit, sie kommt im Verlaufe der einfachen Demenz, wenn diese sich mit Stupor und Katalepsie verbindet, ebenso vor, wie im stuporösen Terminalstadium der paralytischen Geistesstörung und im Zustande des postepileptischen, hallucinatorischen Irreseins. Nur selten ist der Eintritt der Nahrungsverweigerung plötzlich und unvermittelt. Gewöhnlich beginnen die Kranken damit, dass sie nur Theile der ihnen vorgesetzten Speisen unberührt lassen und allerlei Erklärungen dafür angeben. Sie nehmen dann nur den geringsten Theil zu sich, lassen sich auch zu diesem zureden und zwingen, weisen endlich alle feste Nahrung zurück und

beschränken sich auf die verabreichten Flüssigkeiten, bis sie endlich erst an einem Tage mehr als am andern, dann täglich in energischer Weise die Einnahme der Nahrung verweigern. Doch verhalten sich auch bei totaler Verweigerung der Nahrungsaufnahme die verschiedenen Kranken verschieden. Während die eine Reihe dieser Kranken nur spontan und selbstthätig weder Speisen noch Getränke zu sich nimmt, aber mit etwas Zureden und thätiger Nachhilfe der Umgebung doch ohne viel Schwierigkeit zum Essen und Trinken sich bequemt, ist eine andere Reihe durchaus nicht zur Aufnahme der Nahrung zu bewegen und setzt auch jedem Versuche, ihnen Nahrung beizubringen, ausdauernden und kräftigen Widerstand entgegen. Dieser Widerstand geht oft so weit, dass man sonst vollkommen ruhige und gar nicht aggressive Individuen mit solchem Kraftaufwand und Energie die Nahrungsaufnahme abwehren sieht, dass sie den Eindruck hochgradig tobsüchtig erregter Kranken machen. Man bekommt von der Hartnäckigkeit und von der Rücksichtslosigkeit, mit der solche Kranke ihre Abstinenz betreiben, erst dann eine richtige Vorstellung, wenn man das Kraftausmass und die Anstrengungen beobachtet, mit welchen die Kranken jedem Ernährungsversuche Tag für Tag entgegentreten, wenn man die Listen und Finten sieht, durch welche sie die Möglichkeit einer Ernährung unermüdlich zu hintertreiben versuchen.

Die Nahrungsverweigerung der Geisteskranken hat ihren Grund in Selbstmordgedanken, in Vorstellungen des Kleinheitswahnes, in religiösen Wahnvorstellungen und in Hallucinationen. Seltener kommt die wirkliche und hartnäckige Abstinenz beim Stupor und bei allgemeiner Verwirrtheit mit starkem Bewegungsdrang vor. Jn der einfachen traurigen Verstimmung mit Lebensüberdruss und insbesondere nach schon missglückten Selbstmordversuchen, verfallen die Kranken nicht selten auf die Nahrungsverweigerung, als einem vermeintlich unfehlbaren Weg, ihre Absicht auszuführen. Doch ist die Abstinenz dieser Kranken nicht sehr hartnäckig und weicht gewöhnlich schon der ersten zwangsweisen Ernährung. Sehen die Kranken nur einmal ihren Widerstand gebrochen und merken sie, dass ihre

Selbstmordabsicht vereitelt wird, dann geben sie jeden weiteren Versuch, die Nahrungsaufnahme abzuwehren, vollständig auf. Viel energischer und hartnäckiger ist die Abstinenz, wenn sie durch depressive Vorstellungen des Kleinheitswahnes hervorgerufen und rege erhalten wird. Melancholiker, welche, wie dies sehr häufig ist, fürchten, dass sie vollkommen zu Grunde gegangen sind, all' ihr Vermögen verloren haben, dass sie das, was sie verzehren, nicht bezahlen können oder dass sie ihre Familie auf den Bettelstab bringen, Anderen die nöthige Nahrung entziehen, oder welche fürchten, dass sie nicht nur für sich, sondern auch für viele Andere zahlen müssen, — solche Kranke widerstreben dauernd und kräftig jedem Versuch, ihnen Nahrung beizubringen. Verrückte, welche unter dem Einflusse von Vergiftungsideen und Geschmackshallucinationen stehen, oder die in Folge von hallucinirten Verboten, die Speisen zu berühren, oder wegen religiöser Wahnvorstellungen die Nahrung zurückweisen, sind die erfindungsreichsten und hartnäckigsten Abstinenten. In diesen Fällen ist weder die Ueberredung der Umgebung kräftig genug, noch auch vermögen die durch das anhaltende Fasten herbeigeführten Beschwerden die Kranken zur regelmässigen Aufnahme der Speisen zu veranlassen. So lange die krankhaften cerebralen Vorgänge ungeschwächt fortbestehen, entschliessen sich die Kranken zur spontanen Nahrungsaufnahme nicht.

Zu den häufigsten, die Abstinenz verursachenden Vorstellungen und Hallucinationen der Verrückten gehören die Wahnideen und Sinnestäuschungen mit dem Charakter der Verfolgung und persönlichen Beeinträchtigung. Die Kranken wähnen Gift in die Speisen zu bekommen, glauben, dass ihnen Unrath in dieselben gemischt werde, oder dass man ihnen Menschenfleisch vorsetze. Sind die Vorstellungen mehr religiösen Charakters, dann hört man oft die Kranken äussern, dass sie einer himmlischen Aufforderung gemäss eine gewisse Anzahl von Tagen (wie Christus 40 Tage) sich des Essens und Trinkens enthalten müssen, um selig zu werden; oder dass sie berufen sind, die Welt zu erlösen, die eigenen und fremden Sünden abzubüssen; dass sie mit ihrem Hungertode ein nothwendiges

und unerlässliches Opfer bringen etc. In selteneren Ausnahmsfällen liegen der Abstinenz Grössenideen zu Grunde. Verrückte, welche meinen, dass sie zu hohen Zwecken berufen sind und sich durch Fasten für ihren Beruf vorbereiten zu müssen glauben; welche vorgeben, des Essens und Trinkens gar nicht zu bedürfen, weil sie entweder durch himmlische Nahrung erhalten werden, oder weil sie viel feiner organisirt zu sein meinen, als dass sie auf irdische Kost angewiesen wären; oder solche, die zu räthselhaften wissenschaftlichen Untersuchungen die Nahrungsverweigerung für unerlässlich halten, gehören mitunter zu den ausdauerndsten Abstinenten. Ab und zu verweigern auch demente verwirrte Individuen die Nahrungsaufnahme, ohne dass der Grund ihrer Abstinenz aus ihren verwirrten und incohärenten Aeusserungen klar und ersichtlich würde. Doch ist die Abstinenz dieser Kranken niemals bedenklich. Die Kranken beginnen entweder selbst nach 1—2 Tagen wieder regelmässig zu essen oder sie geben die Abstinenz nach dem ersten zwangsweisen Ernährungsversuche auf.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass auch in den stuporösen Zuständen und insbesondere in den terminalen Angstzuständen der paralytischen Geistesstörung hartnäckige Abstinenz aufzutreten pflegt. Die Abstinenz dieser Zustände hat wohl zunächst ihren Grund in der totalen Regungslosigkeit und Apathie, die keine spontane Action aufkommen lässt und dann auch in dem früher erwähnten starren und rigiden Muskelverhalten, das viele Fälle von Stupor complicirt und das sich jeder passiven Veränderung des motorischen Verhaltens energisch abwehrend entgegenstellt. Kranke von solchem Verhalten sind, wie dies schon ausgeführt wurde, nicht nur bezüglich der Nahrungsaufnahme abstinent, sondern widerstreben in gleicher Weise jeder beabsichtigten Orts- oder Stellungsveränderung, sind ebenso schwer an- als auszukleiden, zu Bette oder aus demselben wieder heraus zu bringen und setzen den Versuchen der zwangsweisen Ernährung durch ihr starres Muskelverhalten einen sehr schwer zu überwindenden Widerstand entgegen. Und es sind die eben geschilderten paralytischen Abstinenten keineswegs leicht zu nehmen; denn es ist weder ein baldiges Ende

dieses Zustandes vorauszusetzen, noch auch ist zu erwarten, dass das etwa eintretende Hungergefühl oder die überhand nehmende Schwäche die Kranken zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zu bewegen im Stande ist. Einerseits scheint das wiederholt hervorgehobene Muskelverhalten von einer so tiefen organischen Grundlage auszugehen und mit dem ganzen Krankheitsprocesse in so innigem Zusammenhange zu stehen, dass dessen Verlauf von dem der Grundkrankheit direct abhängt; andererseits aber verhindert die hochgradige Benommenheit des Sensoriums der Kranken in diesem Terminalstadium eine deutliche und bewusste Wahrnehmung von Hunger und Durst und weckt daher auch nicht das Bedürfnis nach Befriedigung.

Von viel geringerer Bedeutung und gar nicht geeignet Besorgnisse zu erregen, ist die Abstinenz hypochondrischer und hysterischer Kranken. So ernst und hartnäckig diese Kranken auch die Nahrungsverweigerung zu betreiben scheinen, so kann man doch immer über den Ausgang beruhigt sein. Nach einer nicht allzu langen Dáuer der Abstinenz beginnen die Kranken wieder spontan zu essen oder sie geben die Abstinenz schon nach den ersten Versuchen einer zwangsweisen Ernährung auf.

Die Frage, was mit abstinirenden Geisteskranken zu geschehen hat, hat einen Zwiespalt der Meinungen hervorgerufen. Von einer Reihe von Fachleuten wurde die sogenannte künstliche oder zwangsweise Ernährung als unerlässlich erachtet, während von einer anderen Reihe dieses Vorgehen zu den Zwangsmassregeln gezählt uud als eine solche perhorrescirt wurde. Die Vertreter der letzteren Ansicht führten Erfahrungsbeweise an, dass die zwangsweise Ernährung überflüssig sei, weil die Kranken nach Verlauf einer Zeit, die man immer noch ohne Gefahr der Inanition verstreichen lassen dürfe, wieder spontan ihre Nahrung nehmen und bemühten sich weiter darzuthun, dass die zwangsweise Bekämpfung der Abstinenz selten zum erwünschten Ziele führe, weil die so genährten Kranken dennoch meistens zu Grunde gehen.

In der Entscheidung solcher Fragen ist immer und überall nur die concrete Erfahrung massgebend und diese hat uns gezeigt, dass es bei gewissen, oben schon näher angedeuteten

Fällen von Nahrungsverweigerung nur ein Auskunftsmittel gebe — und das ist die zwangsweise Ernährung. Wohl ist es wahr, dass auch mit der künstlichen Ernährung, wie mit jedem andern heilsamen Mittel, Missbrauch getrieben werden kann und dass die Fälle, in welchen diese zur Anwendung zu kommen hat, nicht so zahlreich sind, wie dies von mancher Seite behauptet wird. Aber in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl der Geistesgestörten ist die zwangsweise Bekämpfung der Nahrungsverweigerung ein Gebot, welches nicht ausser Acht gelassen werden darf. Denn einerseits ist kein sicherer Verlass auf den Eintritt der spontanen Nahrungsaufnahme und kann derselbe leicht erst nach Eintritt eines irreparablen Erschöpfungszustandes und dann zu spät erfolgen, andererseits aber ist der Eingrift der künstlichen Ernährung nach jeder Richtung hin so unbedenklich und ungefährlich, dass dieses Eingriffes wegen eine Unterlassung der künstlichen Ernährung nicht gerechtfertigt wäre.

Zur Bekämpfung der Abstinenz sind verschiedene Methoden in Vorschlag gebracht worden. Es ist begreiflich, dass die Bemühungen, die Kranken zu ernähren, in erster Linie darauf gerichtet waren, denselben die Nahrung durch den Mund beizubringen. Da die Kranken jeder Nahrungsaufnahme mit grosser Kraftanstrengnng widerstreben, so waren die Schwierigkeiten wegen der dabei in Betracht kommenden grossen Muskelwiderstände (der Kaumuskeln) besonders bedeutend. Es kamen und kommen noch bei der gewaltsamen Eröffnung des Mundes, die durch das mit der ganzen Leibesmuskulatur vermehrte Widerstreben noch schwieriger wurde, verschiedene mechanische Instrumente in Anwendung. Das gewöhnlichste Instrument ist die in der chirurgischen Praxis angewendete Mundschraube; doch wurde auch eine Schraube in Form eines Kegels und gewöhnliche, dem Zwecke angepasste Hebel benützt. Andere in Anwendung gezogene Apparate mit Ventilklappen etc. wollen wir vollständig unerwähnt lassen, weil deren Unverwendbarkeit alsbald evident wurde. Dass endlich zur Eröffnung des Mundes auch die Elektricität herbeigezogen wurde, sei nur beiläufig erwähnt.

Durch den wie immer eröffneten Mund, der nunmehr durch Einschiebung eines Keiles zwischen die Zähne (bei der Mund-

schraube fällt derselbe natürlich weg) offen gehalten wird, wird das Schlundrohr an der hinteren Rachenwand vorsichtig in den Oesophagus und weiter in den Magen geführt und durch einen an das obere Ende des Rohres aufgesetzten Trichter die Nahrung in flüssiger Form eingeschüttet. Als Nahrung kommt Ei, Zucker, Wein und Milch in Verwendung.

Den erheblichen Schwierigkeiten, denen dieser Ernährungsmodus begegnet, aus dem Wege zu gehen, wurde die künstliche Ernährung durch Einführung schon verdauter oder im Rectum noch resorbirbarer Substanzen mittelst Clysma versucht. Doch kommt hiebei in Betracht, dass der Widerstand des Kranken gegen solche Clysmata ebenso gross ist, als der gegen jede Nahrungseinführung, dass bei der Unruhe des Kranken Verletzungen des Rectums nicht selten sind, dass die Ernährung in dieser Weise nur eine unvollständige ist und dass endlich die Kranken sehr bald den ganzen Inhalt des Clysma wieder zurückpressen. Aus allen diesen Gründen ist dieser Modus der künstlichen Ernährung nur dann zu empfehlen, wenn kein anderer möglich ist.

Sicherer, reinlicher und mit ungleich geringerem Kraftaufwande ist die künstliche Ernährung zu bewerkstelligen, wenn das Schlundrohr durch die Nase in den Rachen und weiter in den Magen eingeführt wird. Es fällt hiebei der ganze enorme Widerstand der Kaumuskeln ausser Betracht.

Die Besorgnisse, dass bei dieser Art der Einführung das Schlundrohr leicht in den Kehlkopf und weiter in die Trachea gelange und Erstickungsgefahr herbeiführe, oder dass die Nahrung in die Lungen eingegossen werde, sind unseren Erfahrungen nach keineswegs gerechtfertigt. Das Zustandebringen einer solchen Ungeschicklichkeit wäre künstlich zu nennen. Nicht nur, dass es bedeutend schwerer ist, in den Kehlkopf einzudringen, als in den Oesophagus; sondern es mahnen, wenn man wirklich das Rohr in den Larynx gebracht hat, so stürmische Erstickungserscheinungen (Dyspnoë, Cyanose) daran, dass man auf unrichtigem Wege ist, dass die weitere Vornahme der Ernährung nur bei überhastetem Vorgehen und Mangel jeglicher Aufmerksamkeit vor sich gehen kann. Wenn man die Manipulation mit Ruhe und Besonnenheit ausführt (und zur Eile ist ja keine Veran-

lassung), die gewollten und ungewollten Würgbewegungen der Kranken in Ruhe ablaufen lässt und überhaupt die Einführung des Rohres in keiner Weise forcirt und schliesslich die Oeffnung des Rohres mit dem Finger verschliesst, wenn man im Magen zu sein glaubt und sich vergewissert, dass der Kranke ruhig respirire, — dann kann ein Unfall nicht eintreten, den wir nochmals für das merkwürdigste und unglaublichste Vorkommniss erklären. Leichter geschieht es, dass man mit steifem Rohre und bei etwas forcirtem Vorgehen eine Verletzung an der hinteren Rachenwand oder im Oesophagus herbeiführt. Doch kann dies bei sachtem und vorsichtigem Operiren nicht vorkommen und umgeht man auch diese Gefahr vollständig, wenn man sich der weichen Schlundrohre aus rothem, englischen Gummi bedient, mit welchen man ohne jedes Bedenken die künstliche Ernährung vornehmen kann. Hiebei kann nur geschehen, dass sich das Rohr an der hinteren Rachenwand umbiegt und in die Mundhöhle kommt, — ein Umstand, der nicht verborgen bleiben kann und der nur eine Wiederholung des Einführens zur Folge hat. Nach einigen vergeblichen Versuchen gelingt es dann regelmässig, die Schlundröhre in den Magen zu bringen und wird dann das äussere Ende über einen Trichter gezogen und in der schon ausgeführten Weise die Ernährung zu Ende geführt. Die Ernährung mittelst des weichen Rohrs hat sich uns in zahlreichen Fällen ausgezeichnet bewährt. Es bedarf wohl keiner besonderen Ausführung, dass bei pathologischer Undurchgängigkeit des Nasen-Rachengangs die Einführung des Rohres durch den Mund allein übrig bleibt.

Der Vollständigkeit wegen erwähnen wir auch der hypodermatischen Ernährungsversuche. Es können, wie wir uns in einigen Fällen überzeugten, leicht resorbirbare Substanzen wie Oel, Zuckerlösung bei sehr langsamer Injection unter die Haut, ohne üble Folgen, namentlich ohne Abscessbildung, in den Organismus eingeführt werden. Mit wirklichen Nährsubstanzen aber gelingt dies nicht. Es treten selbst bei sehr vorsichtiger Injection und bei etwas herabgekommener Constitution der Kranken leicht Abscesse an den Injectionsstellen auf und die Substanzen werden nicht resorbirt. Ueberdies ist das Quantum,

das injicirt werden kann, immer nur minimal und deckt kaum die Respirationskosten des Organismus und ist die Injection selbst so mühsam und zeitraubend (eine einmalige Injection dauert 20 bis 25 Minuten und müsste mehrmals im Tage wiederholt werden), dass man sich kaum zu diesem Modus verstehen und gewiss zu der Ernährung mittelst des Schlundrohres greifen wird.

---

7. Cap.

Die Incohärenz.

Unter Incohärenz versteht man den Mangel eines formellen Zusammenhanges in den Aeusserungen von Geisteskranken. Wir haben gesehen, dass die barockesten und jedes inneren, logischen Zusammenhanges baren Aeusserungen der verschiedensten Geisteskranken noch immer formell richtig, d. h. in uns geläufiger Wort- und Satzfolge vorgebracht werden können. Es wurde auch erwähnt, dass diese formelle, sprachliche Richtigkeit oft genug auch den Eindruck macht, als ob die richtige Form auch einen entsprechenden Inhalt in sich schlösse. Das Symptom psychischer Störung, das man mit dem Namen der Incohärenz belegt, repräsentirt auch den Verfall dieser Form. In der Incohärenz geht selbst der grammatische und syntaktische Zusammenhang der vorgebrachten Aeusserungen verloren. Während Geisteskranke, die geordnete Wahnvorstellungen vorbringen, die ihre Hallucinationen in weitgehendster Weise combiniren und systematisch verarbeiten, uns immer noch verständlich bleiben, weil sie unsere Sprache reden, — können wir die incohärenten Kranken nicht mehr verstehen, weil wir der Zusammenhangslosigkeit nicht zu folgen vermögen und jeder Faden des Verständnisses in dem chaotischen Convolut von Silben und Worten verloren gegangen ist. Zu einer vollkommenen Vorstellung des krankhaften Zerfalles der zum sprachlichen Ausdruck gebrachten cerebralen Vorgänge gelangt man durch das Anhören der Kranken kaum. Der lebendige Laut, die Betonung, die Geste

täuschen selbst bei totaler Incohärenz noch eine Zusammengehörigkeit des Geäusserten vor und man entzieht sich sehr schwer der Macht des gesprochenen Wortes, dem der Hörer selbst einen Sinn unterzulegen sich bemüht, der gar nicht vorhanden ist. Erst wenn wir die zusammenhangslosen Aeusserungen in Schriftzeichen ganz und gar objectivirt vor uns sehen, losgelöst von der Klangfarbe der Diction und der lebendigen Darstellung durch den Kranken, dann erst kann man auch die totale Inhaltsleere in der zu Grunde gegangenen Form erkennen.

Die Incohärenz ist kein Symptom das einer bestimmten Psychose und nur dieser zukommen würde, sondern ist vorübergehend oder bleibend in verschiedenen Krankheitsbildern zu beobachten. Doch müssen wir unterscheiden zwischen einer primären, vorübergehenden und einer secundären, bleibenden Incohärenz. Die erste tritt in acuter Weise auf, kann durch eine Zeit das vorherrschendste Symptom der bestehenden Geistesstörung bilden und nach verschiedener Verlaufsdauer wieder schwinden; die letztere tritt erst nach langem Bestande anderer psychischer Störungen auf, ist ein Zeichen vorgeschrittenen geistigen Verfalls und schwindet nicht wieder. Den cerebralen Grundzustand, welcher der acuten und passagéren Incohärenz zu Grunde liegt, kann man ohne jedes Präjudiz als einen Reizungszustand der Gehirnrinde bezeichnen. Dieser Annahme entsprechen auch die anderen Begleitsymptome, die fast ausnahmslos mit der Incohärenz zusammen vorkommen. Denn man kann wohl sagen, dass die primäre und acute Incohärenz, so wie sie nur als Symptom hochgradiger Aufregungszustände beobachtet wird, immer auch mit den andern Erscheinungen dieser Zustände Hand in Hand geht und von diesen kaum zu trennen ist. Am constantesten verbindet sich mit der Incohärenz grosse motorische Unruhe, so dass der Zusammenhangslosigkeit der psychischen Aeusserungen regelmässig auch eine charakterähnliche motorische Erscheinung, das Ungeordnete der Bewegungen entspricht. In derselben Weise, wie die übrigens ganz gut ausgeführten Bewegungen nicht vollständig und einem Zwecke entsprechend zu Ende gebracht werden, sondern kaum begonnen auch schon unterbrochen und von anderen Bewegungen, mit anderen Bewegungsintentionen verdrängt werden, —

eben so wird die Kette des sprachlich zum Ausdruck Gebrachten durch den steten Wechsel der Vorstellungen fortwährend unterbrochen, ohne dass es je zur formellen Verknüpfung der disparaten Vorstellungen käme. Dass dieser acuten Incohärenz, wie sie den primären Tobsuchtszuständen zukommt, ein überstürzter Ablauf der Vorstellungen zu Grunde liegt, ist zweifellos, da doch die zur Beobachtung kommende Incohärenz der Rede nichts Anderes ist, als der dem allgemeinen Bewegungsdrange entsprechende Umsatz der intracerebralen Vorgänge in die motorischen Formen der Sprache. Dem entsprechend beobachtet man mit der Incohärenz zugleich sprudelnd rasches, möglichst lautes, schreiendes und endloses Sprechen, — Erscheinungen, die sämmtlich in bedeutender Erhöhung des Bewegungsdranges begründet sind. Mit einem Hinweis auf diese cerebrale Grundlage hat man diese Form der Incohärenz auch „Ideenflucht“ genannt. Und gewiss bezeichnet der pathologisch erleichterte und beschleunigte Ablauf der corticalen Vorgänge, wie er mit dem Namen „Ideenflucht“ charakterisirt wird, die wohl nichts erklärende Ursache der Incohärenz.

Nicht so verhält es sich mit der secundären Incohärenz. Derselben liegt keinesfalls eine rege corticale Thätigkeit, ein rascher Ablauf der Vorstellungen zu Grunde; wir haben hinter dieser gewiss nicht eine „Ideenflucht“ zu suchen. Denn so wie diese secundäre Incohärenz erst auftritt, wenn die voraufgegangenen und protrahirten Erscheinungen hochgradiger Erregung vorübergegangen sind, oder wie sie sich in einen terminalen Zustand hochgradigen psychischen Verfalls hinein fortsetzt und in der Incohärenz gleichsam Charaktere der früheren acuten Erkrankung mit hinüber genommen werden in die Epoche irreparablen geistigen Siechthums, — so ist sie auch selbst das Merkzeichen des totalen Zerfalls der psychischen Kräfte. So wie dort die formelle Verbindung der Vorstellungen nicht möglich war, weil der präcipitirte Ablauf derselben zu einer Anordnung und Verknüpfung nicht Zeit liess, so fehlt hier dieselbe, weil der geistige Verfall die verbindende Kraft der formellen Anordnung nicht mehr aufbringt. Die Trümmer einstiger psychischer Leistungen liegen in chaotischer Unordnung durcheinander und der

Rest der cerebralen Kräfte reicht nicht aus, dieselben zu einem halbwegs verständlichen Ganzen zusammen zu fügen. In dieser Form der Incohärenz fehlt auch das Colorit und das Imponirende der lebendigen sprachlichen Ausdrucksweise. Matt und farblos, von keiner inneren Erregung getragen, nicht lebendig, wenn auch überhastet, wie in der acuten Incohärenz, sondern monoton und auch äusserlich als sinnloses und inhaltsleeres Geschwätz erkennbar, kommt die secundäre Zusammenhangslosigkeit zum Ausdruck, so wie man sie nach jahrelangen maniakalischen Zuständen und nach protrahirten hallucinatorischen Erregungszuständen beobachtet.

Die Unverständlichkeit dieser secundären Incohärenz wird noch erhöht und der ganze Eindruck derselben noch fremdartiger durch die, in diesen Stadien geistigen Verfalls nicht seltenen Worttrümmer und gänzlich neu gebildeten, vollkommen sinnlosen Worte. Doch ist ein wirklich neugebildetes Wort bei diesen Kranken äusserst selten und hat man es in den neu scheinenden Worten meist mit einem kaum kenntlichen Torso eines gebräuchlichen Ausdrucks oder mit zusammengeschweissten und unzusammengehörigen Worttrümmern zu thun. In diesen Fällen von Incohärenz liegt die von Kussmaul eingehend gewürdigte Erscheinung der „Paraphrasia vesana“ vor, die niemals mit der ganz ähnlichen Incohärenz der maniakalischen Individuen zu verwechseln ist, weil diese auf einen Zustand erhöhter Corticalreizung mit überstürztem Ablauf aller Functionen der Gehirnrinde zurückzuführen ist, während jene auf einem gänzlichen Verfall und dem Unvermögen der Anordnung und Verknüpfung der Vorstellungssymbole beruht.

Der Eindruck der Incohärenz wird endlich noch hervorgebracht durch wirkliche, auf eine locale Läsion des Gehirns beruhende Aphasie. In Fällen von embolischer, thrombotischer oder encephalomalacischer Affection der unteren Stirnwindung und der an diese grenzenden Theile des Klappdeckels kommt es sehr häufig zu einem verübergehenden oder bleibenden Verluste von Worten, in der Weise, dass die Kranken für die richtige Vorstellung keinen oder nur einen unrichtigen Ausdruck finden. Dieser im Ganzen räthselhafte Ausfall von einem

Theile des Wortschatzes und dessen Ersatz durch ganz unverständliche oder völlig unpassende Worte im Laufe der Rede ruft oft genug den Eindruck hervor, als läge totale Verwirrtheit und Incohärenz vor. Insbesondere kann eine solche Täuschung hervorgerufen werden, wenn der aphatischen Sprachstörung kein „Anfall“, d. h. keine Bewusstseinsstörung vorausging. Einer unserer Kranken bezeichnete eine ihm vorgehaltene Uhr als „silbernes Gold“ oder „silbernes Bautz-Bautz“; eine von Kussmaul angeführte aphatische Kranke lud mit „cochon animal“ zum Sitzen ein. Der tiefe Wesensunterschied dieser letzterwähnten Incohärenz und der früher geschilderten ist unzweifelhaft sicher. Denn in der durch Aphasie bedingten Incohärenz handelt es sich um einen dem Kranken selbst vollkommen bewussten Ersatz fehlender Ausdrücke durch andere unrichtige; während die wirkliche, gleichviel ob primäre oder secundäre Incohärenz besteht, ohne dem Kranken bewusst zu werden. Im ersten Falle handelt es sich um einen partiellen Ausfall der Wortgebilde, im anderen Falle um totale Ungebundenheit oder gänzlichen Verfall der corticalen Functionen. Die Täuschung, der man also allenfalls ausgesetzt sein könnte, insoferne man eine „aphatische“ Wortverwechslung für Incohärenz nehmen würde, wäre keineswegs von längerer Dauer. Denn erstens wird die Untersuchung auf Aphasie alsbald Klarheit verschaffen, dann aber wird die Entstehung der Aphasie immer und in allen Fällen völlig verschieden sein von der der wirklichen Incohärenz. Während die Aphasie, entsprechend den ihr zu Grunde liegenden Hirnprocessen, in der grössten Zahl der Fälle plötzlich und unvermittelt eintritt, ist das Hereinbrechen der wirklichen Incohärenz immer lange vorbereitet und erscheint dieselbe von zahlreichen anderen, früher schon ausgeführten Symptomen begleitet, die in dem Symptomencomplex der Aphasie vollständig fehlen.

8. Cap.

Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen.

Zu den bedrohlichsten Symptomen psychischer Alienation gehören die Störungen der Empfindung und der Bewegung. Während die meisten anderen Krankheitserscheinungen, mit welchen Geistesstörungen einhergehen, keine imminente Gefahr für das Leben des Patienten bergen, kommt für die Empfindungs- und Bewegungsstörungen auch diese Gefahr in Betracht, weil sich mit denselben auch die begründete Vorstellung einer tieferen substantiellen Gehirnaffection verbindet. Wie immer die diagnostischen Verhältnisse liegen mögen, wird man sich, wenn mehr als rasch vorübergehende Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen vorliegen, kaum der Erwägung verschliessen können, dass der Krankheitsfall über das Mass einer functionellen Alteration hinausgeht und den ernsten, bedrohlichen Charakter einer anatomisch nachweisbaren, organischen Erkrankung des Gehirns in seinen einzelnen Theilen oder in toto angenommen hat. Für die ganze weitere diagnostische und prognostische Betrachtung tritt die Summe der psychischen Krankheitssymptome mehr minder in den Hintergrund und wird nur die Feststellung des Ortes, der Ausdehnung und der Natur der Gehirnläsion maassgebend.

Die cardinale und ausschlaggebende Bedeutung der erwähnten Symptome in der Pathologie der Psychosen liegt demnach auf der Hand. An dieser Bedeutung participiren nur jene Störungen der Empfindung und der Motilität nicht, die das mit Hysterie bezeichnete Krankheitsbild compliciren. Den so häufigen und vielgestaltigen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen der Hysterie kann weder diagnostisch noch prognostisch der früher erwähnte Werth beigemessen werden. Nicht als ob die Reiz- und Ausfallserscheinungen der Empfindung und Bewegung, wie sie der Hysterie oft das eigenartigste Gepräge verleihen, symptomatisch nicht vollkommen denen entsprechen würden, die man bei greifbaren herdweisen und diffusen Cere-

bralerkrankungen beobachtet; sondern die Art des Verlaufes und die ganze Summe der Erfahrungen über diese Störungen haben unzweideutig klargelegt, dass die hysterischen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen symptomatologisch wohl von allen anderen ähnlichen Erscheinungen nicht getrennt werden können, ihrer organischen Grundlage nach aber eine von diesen verschiedene Werthschätzung erfahren müssen.

Doch werden auch diese meritorisch zu behandelnden Empfindungs- und Bewegungsstörungen, bei denen eine substantielle Gehirnaffection supponirt werden kann, auseinandergehalten werden müssen; und es werden die Störungen der Sensibilität eine von denen der Motilität klinisch getrennte Behandlung erfahren. Eine solche Trennung ist geboten, weil die genannten Störungen keineswegs regelmässig oder auch nur häufig in einem Krankheitsbilde zusammen vorkommen, weil sie im weiteren Verlaufe nur selten in gleicher Entwicklung neben einander hergehen, und weil endlich erfahrungsgemäss die motorischen Störungen eine viel bedrohlichere Bedeutung haben.

Sensibilitätsstörungen sind im Allgemeinen im Verlaufe von psychischen Alienationen selten, sowohl allein, als auch im Anschlusse an motorische Störungen. Sieht man von den Fällen ab, in welchen die psychisch Kranken eine Menge der verschiedensten Sensationen äussern und diese in breiter und krankhafter Weise ausführen, so lassen sich nur in einem Bruchtheil von Krankheitsfällen wirkliche Störungen der Empfindung mit Sicherheit constatiren. Und für diese eben erwähnten Fälle ist es häufig ungewiss, ob man es mit hallucinirten Empfindungen, denen also jede reale Grundlage fehlt, oder aber mit krankhaften Auslegungen thatsächlicher Sensibilitätsstörungen zu thun habe. Die klinische Erfahrung hat Fälle letzterer Art mit Sicherheit constatirt. Es sind Fälle bekannt worden, in welchen halbseitige Anästhesie von psychisch Kranken so gedeutet wurde, dass sie immer neben einem Todten lägen. In anderen Fällen waren den Wahnvorstellungen: schon theilweise oder ganz abgestorben zu sein, ebenfalls engbegrenzte oder ausgebreitetere Anästhesien oder Parästhesien zu Grunde gelegen. Ebenso haben Hyperästhesien und Störungen des Gleichgewichts, wie

sie den Vertigo kennzeichnen, sicher in einigen Fällen den Ursprung für Wahnideen abgegeben. So war uns ein Kranker bekannt, bei welchem unter dem Einflusse eines anhaltenden Schwindelgefühls die Wahnvorstellung einer grossen Seefahrt zu Stande kam und der seinen Aufenthalt und seine ganze Umgebung in der barocksten Weise zu einem Schiffe und zu Schiffsinsassen umwandelte. Doch sind dies keinesfalls häufige Fälle und die Beurtheilung jener zahllosen Fälle, in welchen die Kranken darüber klagen, dass sich Thiere in den verschiedensten Theilen ihres Körpers aufhalten, dass sie elektrisch und magnetisch maltraitirt werden, ist unsicher und schwankend mit Rücksicht darauf, ob wirkliche und objectiv nachweisbare Störungen der Empfindung oder aber hallucinatorische Processe zu Grunde liegen.

Abgesehen jedoch von diesen Sensibilitätsstörungen, kommen solche am häufigsten mit motorischen gepaart in den schweren paralytischen Krankheitszuständen vor, wo sie der Ausdruck ausgebreiteter pathologisch-anatomischer Hirnprocesse sind. Auch wenn wir von der ganzen grossen Summe dieser Kranken jene Fälle in Abzug bringen, bei welchen die Erscheinungen und Aeusserungen, welche auf Empfindungsstörung zu beziehen sind, wegen der gleichzeitigen Demenz im hohen Grade unverlässlich und schwer abschätzbar sind, — selbst dann bleibt eine beträchtliche Anzahl solcher Kranker zurück, bei denen Sensibilitätsstörungen mit voller Gewissheit zu diagnosticiren sind. Und in diesen Fällen handelt es sich in erster Linie um Aufhebung oder Herabsetzung der Empfindung in engeren oder weiteren Bezirken. Zur Constatirung solcher Empfindungsstörungen bei paralytisch Geisteskranken wird man gut thun, von geringen Differenzen und feinen Untersuchungsmethoden möglichst abzusehen, weil die Constatirung geringfügiger Abweichungen und die Resultate feiner Exploration, unter dem Blödsinne der Kranke an Verlässlichkeit bedeutend verlieren, wenn die subjective Controle der Kranken mit in Erwägung gezogen werden soll. Beschränkt man sich auf solche gröbere Störungen der Sensibilität, so kann man sagen, dass dieselben in der paralytischen Geistesstörung, meist gleichmässig über

sämmtliche empfindliche Flächen ausgebreitet, herabgesetzt sind. In der Regel nimmt diese Herabsetzung der Empfindlichkeit im weiteren Verlaufe der Paralyse zu und erreicht Grade der Unterempfindlichkeit, die sicherlich nicht auf Rechnung der zunehmenden Demenz zu stellen sind. Fast sämmtlichen Paralytikern kommt eine Unempfindlichkeit gegen schmerzhafte Eingriffe zu, die ganz wohl als Analgesie bezeichnet werden kann. Nicht nur dass Kneipen und Stechen und andere schwächere Reize von keinerlei oder sehr verspäteter Reaction gefolgt sind, sondern äusserst intensive operative Insulte werden mit einem Gleichmuthe und einer Indifferenz ertragen, die an's Unheimliche grenzen. Wer jemals in der Lage war, chirurgische Praxis bei paralytisch Geisteskranken treiben zu müssen (und diese ist nur zu häufig in grösseren Anstalten), wird erfahren haben, dass die Empfindlichkeit die Behandlung solcher Kranken niemals stört, wohl aber deren Unempfindlichkeit. Tiefgehende Gewebszerstörungen, Luxationen und Fracturen werden von den Kranken nicht nur ohne Schmerzensäusserung ertragen, sondern auch noch maltraitirt. So sahen wir Paralytiker mit ausgebreiteten Brandwunden in gewohnter Weise ihr Dasein fortschleppen. Dass offene Wunden von den Kranken selbst mit Verbandmitteln, die weder unter die chirurgischen noch unter die reinlichen überhaupt rangirt werden können, bedacht werden; dass regelrechte, schützende oder lindernde Verbände nicht geduldet werden, versteht sich von selbst. Dass alle diese Erscheinungen wohl nur mit einer bedeutenden Herabsetzung der Schmerzempfindung in Verbindung gedacht werden kann, ist nahezu zweifellos, umso mehr, als man in vorgeschrittenen Stadien dieser Affection auch eine unverkennbare Herabsetzung der Reflexerregbarkeit constatiren kann. Nur in einer kleineren Zahl der Fälle von paralytischer Geistesstörung wird eine Erhöhung der Sensibilität und der Reflexerregbarkeit beobachtet, in welchen Fällen die Obduction mit grosser Regelmässigkeit terminale, acutere, myelitische oder spinalmeningitische Affection nachweisen liess, worauf wir im speciellen Theile austührlicher zurückkommen werden.

Viel zweifelhafter ist die Analgesie als Grundlage jener

Selbstverletzungen und Verstümmelungen, welche die Kranken unter dem Einflusse krankhafter Verstimmungszustände oder Wahnvorstellungen mit Willen und Bewusstsein sich zufügen. Wir konnten in einem Falle, in welchem ein acut hallucinatorisch Gestörter sich beide Bulbi mit den Fingern ausbohrte, ohne einen Schmerzenslaut von sich zu geben, bald nach dieser Selbstverstümmelung objectiv keine Herabsetzung der Empfindlichkeit constatiren; ebenso wenig gelang dies in einem Falle, in welchem eine Kranke sich etwa ein Drittel der Zunge mit einem stumpfen Instrumente abquetschte. Es liegt viel näher, für diese Fälle eine Intactheit der Sensibilität zuzugeben und die jeder Schmerzempfindung spottenden Handlungen solcher Kranker mit dem starken wahnhaften Antriebe zu decken. Nicht die Empfindung ist schwächer, sondern der krankhaft psychische Impuls hat eine besonders hohe Intensität erlangt.

Die Ausführung jener Störungen der Sensibilität, wie sie bei den mit ausgesprochenen Rückenmarksaffectionen verbundenen Geistesstörungen (Paralysis ascendens etc.) vorkommen, gehört nicht hierher, denn diese Störungen entsprechen vollständig dem Krankheitsprocesse im Rückenmarke, ob nun derselbe mit der Geistesstörung verknüpft ist oder ohne eine solche einhergeht.

Noch weniger aber können Sensibilitätsstörungen unter die Symptome psychischer Krankheiten gereiht werden, die in Herdaffectionen des Gehirns ihr Substrat haben, wenn diese Gehirnerkrankungen auch psychische Störungen setzen. Denn in diesen Fällen sind die Herderkrankungen und deren Symptome das Essentielle und die nebenher gehende psychische Alienation ist nur eine zufällige Complication. Aber auch jene neuralgischen Störungen können hier nicht in Betracht kommen, die als causales Moment seltenerer psychischer Krankheiten herangezogen wurden und auf welche Schüle wiederholt hingewiesen hat.

Viel mannigfaltiger und häufiger als Störungen der Empfindung, sind die Störungen der Motilität, die sich an Geisteskrankheiten knüpfen und diese sind, wie dies früher erwähnt wurde, in allen Fällen der Ausdruck tiefergehender, greifbarer,

substantieller Erkrankungen des Gehirns oder bedeutender Aenderungen der Circulationsverhältnisse im Gehirne.

Als Ausfluss von nachweisbaren pathologisch-anatomischen Gehirnprocessen werden die motorischen Störungen verschieden sein, je nachdem ihnen localisirte oder ausgebreitete Erkrankungen zu Grunde liegen und je nachdem sie in ihrem Verlaufe progressiv sind oder stationär bleiben. Ebenso werden wir motorische Lähmungs- und Reizsymptome auseinanderhalten müssen.

Wohl nicht ausschliesslich, doch mit grösster Constanz und Typicität begleiten sowohl motorische Lähmungs- als auch Reizerscheinungen den Symptomencomplex psychischer Alienation, den man mit dem Namen der paralytischen Geistesstörung bezeichnet und zu deren charakteristischesten Erscheinungen sie gehören. Sowohl partielle als auch ausgebreitete Lähmungszustände, partielle, so wie allgemeine Convulsionen gehören zu den typischen Erscheinungen der paralytischen Geistesstörung, bei deren specieller Behandlung auf diese ausführlicher eingegangen werden soll.

Motorische Störungen begleiten aber auch nicht selten Geistesstörungen jeder Art, ganz abgesehen von den auf Herderkrankungen beruhenden Affectionen des Gehirnes, bei welchen die psychische Störung der Ausdruck der functionellen Theilnahme des ganzen Gehirns an dem localen Processe ist. Und wenn wir diese letzterwähnten Fälle in eine Gruppe zusammenfassen und mit der durch die Beobachtung gerechtfertigten Signatur „Blödsinn mit Lähmungen“ versehen, so finden in dieser Gruppe all' die zahlreichen Fälle Platz, deren Enumeration und Behandlung in dem vorliegenden Compendium durch die Mannigfaltigkeit der Erkrankungsherde unmöglich gemacht ist. Diese Fälle werden mit viel mehr Recht in einer topischen Diagnostik der Gehirnkrankheiten behandelt. Doch müssen wir hier auf jene Fälle von psychischer Störung mit motorischen Krankheitssymptomen hinweisen, die nicht selten durch traumatische Einwirkungen entstehen. Es liegt auf der Hand, dass Traumata des Schädels, die eine bleibende oder vorübergehende Alteration der psychischen Functionen setzen, auch eine Störung der Motilität zu setzen im Stande sind; sei es, dass durch das Trauma

ein Blutaustritt in's Gehirn, eine localisirte Entzündung oder sonst ein Krankheitsprocess hervorgerufen wurde, der mit motorischen Reiz- oder Lähmungserscheinungen einhergeht. Die klinische Beurtheilung solcher Fälle ist, was die Bewegungserscheinungen betrifft, begreiflicherweise dieselbe, wie die Beurtheilung der Fälle mit Erkrankungsherden des Gehirns überhaupt und handelt es sich nur um diagnostische Differenzen, die durch genaue Beachtung der vorliegenden aetiologischen Momente klargelegt werden.

Nicht selten ist man in der Lage, localisirte motorische Reiz- oder Lähmungserscheinungen bei solchen geistesgestörten Individuen zu beobachten, die in früher Kindheit oder doch lange vor dem Ausbruche der Psychose an einer, später nicht immer genau festzustellenden Gehirnerkrankung gelitten haben und welche Erkrankung bis auf den eben angedeuteten motorischen Rest und einer Disposition zu späteren cerebralen Störungen vorübergegangen ist. Man sieht in solchen Fällen leichte, auf einzelne Muskeln oder kleine Muskelgruppen beschränkte convulsive Tics, Differenz der Pupillen, Facialisparesen und kann bei etwas geringerer Aufmerksamkeit leicht zu der irrthümlichen Annahme kommen, dass es sich bei solchen Geistesstörungen ebenfalls um schwere, irreparable paralytische Zustände handle, während doch die beobachteten motorischen Erscheinungen nur Reste längst vorübergegangener Gehirnprocesse bedeuten, die zu der Psychose allenfalls aetiologische Beziehungen haben können, die aber als solche keine diagnostishe oder prognostische Bedeutung haben.

Wir wollen hier überhaupt darauf aufmerksam machen, gerade im Hinblick auf die funeste Bedeutung von motorischen Störungssymptomen im Symptomencomplexe von psychischen Alienationen, dass man mit der diagnostischen Werthschätzung solcher Motilitätsstörungen vorsichtig umgehe. Motorische Störungen können sehr oft mit psychischen Krankheiten einhergehen, ohne dass man deshalb an paralytische Geisteskrankheit zu denken berechtigt wäre. Die verschiedenartigsten cerebralen Vorgänge bedingen oft vorübergehende oder auch bleibende motorische Abweichungen. Wir haben sie, wie dies oben er-

wähnt wurde, als Reste abgelaufener Gehirnkrankheiten gesehen; haben sie nicht selten als den Ausdruck von Druckschwankungen, bedingt durch Hydrocephalien, vorübergehend constatiren können, und in allen solchen Fällen konnte von einer eigentlichen paralytischen Geistesstörung nicht die Rede sein und waren die beobachteten motorischen Störungserscheinungen der Psychose nur aufgepfropft. Für diese Form der Geistesstörung, wie für jede andere, gilt der Hauptgrundsatz: nur nach Erwägung der gesammten Krankheitserscheinungen einen diagnostischen und prognostischen Ausspruch zu thun. Die Erwägung des gesammten Symptomencomplexes muss die genaue Verfolgung des Krankheitsverlaufes vervollständigen. Oft genug sieht man motorische Reiz- und Lähmungserscheinungen auch das Bild der Epilepsie compliciren und könnte man bei flüchtiger und oberflächlicher Beobachtung an eine paralytische Affection denken. Ein solcher Irrthum ist ausgeschlossen, wenn dem Verlaufe der Störung die unerlässliche Beachtung zugewendet wird.

Motorische Störungen mit dem Charakter eines Reizungszustandes, wie ihn die Chorea repräsentirt, combiniren sich in verhältnismässig freilich selteneren Fällen mit psychischen Alienationen nicht nur in der Weise, dass die Chorea das Prädispositionsmoment für eine Geistesstörung abgibt, sondern dass beide neben und mit einander hergehen. Doch ist es die Regel, dass in diesen Fällen die halbseitige oder totale Chorea dem Ausbruche der Geistesstörung durch längere Zeit vorausgeht, dieselbe während ihrer ganzen Dauer begleitet und gleichmässig mit ihr abfällt. Die mit Chorea complicirte Psychose hat fast durchwegs und ausnahmslos den Typus eines psychischen Erregungszustandes mit raschem Stimmungswechsel, grosser Unruhe, vollkommener Incohärenz und Ideenflucht, mit einem Worte: den Charakter eines maniakalischen Zustandes. Doch gilt das eben Ausgeführte nur für die Fälle von wirklicher Chorea, nicht aber von jenen Fällen psychischer Störung, bei denen choreïforme Bewegungen beobachtet werden. Denn solche choreaähnliche Bewegungserscheinungen, d. h. ungeordnete und unzweckmässige, convulsible Bewegungen compliciren sehr viele Geistesstörungen: sie gehören insbesondere zu den fast regelmässigen Begleiterschei-

nungen der paralytischen Geistesstörung und des floriden Delirium alcoholicum, bei welchen sie nicht nur als Tremores der Extremitäten und des Stammes zur Beobachtung kommen, sondern als wirkliche convulsible Zuckungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen des Gesichts und der Extremitäten und als Nystagmus in den Muskeln des Bulbus.

Der Uebersichtlichkeit wegen wollen wir die motorischen Reizerscheinungen, die als allgemeine Convulsionen psychische Störungen compliciren, im Anschlusse an die vorangeführten Störungen der Motilität in Erwägung ziehen.

Man hat mit Unrecht den allgemeinen Convulsionen durch lange Zeit einen grösseren diagnostischen Werth zugemessen. Insbesondere aber kommt ihnen nicht die ausschliesslich charakteristische Bedeutung einer wirklichen Krankheitsform zu. Vielmehr haben wir in den Anfällen von allgemeinen Convulsionen nur den Ausdruck von erheblichen und rasch einsetzenden Druckschwankungen und Aenderungen der Circulationsverhältnisse im Schädelraum, wie sie nicht nur einer oder der andern Form cerebraler Erkrankungen zukommen, sondern im Verlaufe der verschiedensten Alterationen des Gehirnlebens intercurriren können. Seit langer Zeit schon kennt man anfallsweise auftretende Krämpfe als selten fehlendes Symptom der paralytischen Geistesstörung und der acuten Alcoholvergiftung. Sie unterscheiden sich symptomatisch gar nicht von den Krampfanfällen der Epilepsie und repräsentiren, wie erwähnt, plötzlich entstandene und bedeutende Aenderungen der räumlichen Verhältnisse des Schädelinhaltes. Und in allen jenen Fällen, in welchen der Krankheitsverlauf solche Störungen der Druckverhältnisse mit sich führt, oder in welchen eine schwere Disposition zu Gehirnerkrankungen solche Zustände unter hinzutretenden accidentellen Ursachen leichter herbeizuführen vermag, wird es auch in oft unerwarteter Weise zu allgemeinen Convulsionen kommen. Die verschiedensten Momente können eine solche Disposition abgeben. Bei psychisch Kranken, die in früher Kindheit Cerebralerkrankungen (Fraisen etc.) durchgemacht, oder die lange vor dem Ausbruche der Psychose ein Trauma erlitten haben, sahen wir im Verlaufe der Geistesstörung ver-

einzelte Anfälle von allgemeinen Convulsionen auftreten, — Anfälle, die in keinem gewohnten klinischen Zusammenhange mit dem sonstigen Symptomencomplexe standen. Wir haben weiters solche Fälle von allgemeinen Convulsionen beobachtet bei einfach melancholischem Symptomencomplex, wo eine Erkrankungsdisposition im ausgesprochen hydrocephalischen Schädelbau, bei sonstiger guter psychischer Entwicklung, vorlag, und in Fällen von protrahirt verlaufenden Tobsuchtszuständen, bei welchen kein schweres aetiologisches Moment nachzuweisen war und bei welchen man nur die andauernde und tiefe Störung des Gehirnlebens beschuldigen konnte, die man bei chronischen und intensiven Aufregungszuständen immer voraussetzen muss.

In allen diesen letzterwähnten Fällen handelte es sich nicht um periodische Krampfanfälle mit epileptischem Typus oder um Anfälle, wie sie der paralytischen Geistesstörung zukommen, sondern um Krampfanfälle, die bei, von epileptischen Antecedentien vollkommen freien Individuen, bei denen Paralyse und Alcoholintoxication mit vollkommener Sicherheit ausgeschlossen werden konnten und die nur einmal auftraten oder in ganz kurzer Zeit zwei- bis dreimal sich wiederholten, um in späterer, langer Beobachtungszeit nicht wiederzukehren.

So viel lässt sich aus den vorliegenden Beobachtungen schliessen, dass anfallsweise auftretende allgemeine Convulsionen als Symptome nichts, für eine cerebrale Erkrankungsform Charakteristisches haben; dass sie aber auch nie ohne schwerwiegende Momente, die entweder in der Erkrankungsursache oder im Erkrankungsverlaufe selbst liegen, auftreten. Welchen Ursachen sie aber auch zugeschrieben werden und mit welchen anderen Symptomen sie sich combiniren mögen, — sind sie immer der nicht misszuverstehende und untrügliche Beweis dafür, dass der Krankheitsverlauf ein schwerer ist und die Gehirnfunctionen in tiefer, irreparabler Weise ergriffen sind.

Die gleiche Bedeutung muss, wie dies eingangs schon erwähnt wurde, sämmtlichen Störungen der Sensibilität und Motilität zugesprochen werden, die im Verlaufe einer Psychose zur Beobachtung kommen. Reizungs- oder Lähmungserscheinungen der Empfindung und Bewegung werden, wenn wir sie auch

nicht sofort auf den eben verlaufenden krankhaften Cerebralprocess beziehen werden, doch immer einen Hinweis auf schwere Vorgänge enthalten. Mögen sie nun als Reste längst abgelaufener Gehirnkrankheiten in eine psychische Störung hineinragen oder ihnen nachweisbare Erkrankungsherde zu Grunde liegen, oder mögen sie endlich aus vorläufig nicht klarzustellenden Ursachen entstehen, — immer wird in solchen Fällen der Verdacht gerechtfertigt sein, dass die vorliegende, mit Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen einhergehende psychische Alienation eine mehr als vorübergehende functionelle Störung sei. In dem einen Falle werden die erwähnten Erscheinungen die Zeichen eines zu psychischen Erkrankungen schwer disponirten Gehirnes, eines im Ganzen invaliden Organs sein; im anderen Falle werden wir ganz bestimmte pathologisch-anatomische, kaum mehr restitutionsfähige Vorgänge im Gehirne supponiren können; in noch anderen Fällen werden wir mit Recht die schwersten Ursachsmomente für die Geistesstörung annehmen dürfen, die mit motorischen Störungen oder solchen der Sensibilität sich complicirt. Und wenn auch in einer grossen Reihe von solchen Fällen die erwähnten Störungen nicht gleich eine Gefahr für das Leben des Kranken involviren, und das wird überall der Fall sein, wo die Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen keinen progressiven Charakter haben, so hat die klinische Erfahrung doch nahe gelegt, dass diese Fälle entweder durch häufige Recidiven eine wirkliche und dauernde Heilung der Psychose im hohen Grade unwahrscheinlich machen, oder dass die einmal ausgebrochene psychische Alienation sich stabilisirt.

B. SPECIELLER THEIL:

DIE SYMPTOMENGRUPPEN DES IRRESEINS.

1. Cap.

Die paralytische Geistesstörung.

Das Bild dieser Form von Geistesstörung hat sich, seit man es zuerst erkannte, in den verschiedenen Beschreibungen am wenigsten verändert. Dessen Umfang, Symptomencomplex und Verlaufsweise, sowie dessen pathologisch-anatomische Grundlage ist klarer erfasst, schärfer erkannt und wesentlich der klinischen Erkenntniss näher gebracht worden, — doch hat die diagnostische Umschreibung dieser psychotischen Erkrankungsform dadurch kaum eine Aenderung erfahren. Es liegt dies in dem hervorstechenden Charakter der beiden Hauptsymptome der Störung: des primären Blödsinns und der Lähmungserscheinungen, und in der typisch-progressiven Verlaufsweise. In welcher Form sich der Symptomencomplex darstellen möge, die beiden eben erwähnten Hauptsymptome und die charakteristische Verlaufsweise sind immer zu erkennen und durchziehen gleich einem rothen Faden die Krankheit während ihrer ganzen Verlaufsdauer.

Im Grossen und Ganzen präsentirt sich die paralytische Geistesstörung, so weit die heutigen Kenntnisse reichen, bei gleicher Grundlage in zwei Formen der Symptomengruppirung, deren eine charakterisirt ist durch Exaltation, die andere durch apathisch-stupides Verhalten. Dem ersten Beginn der Störung nachzugehen ist ausserordentlich schwer. Die Einleitungsstadien werden gewöhnlich ganz übersehen oder vollständig missdeutet und die Kranken kommen zur fachärztlichen Beobachtung erst in einem Zustande mehr weniger vorgeschrittenerer Erkrankung. Und doch ist sicher, dass kaum eine andere psychische Störung von so langer Hand vorbereitet ist und so weit zurückreichende Prodromalsymptome nachweisen lässt, wie gerade die paralytische Geistesstörung. Oft viele

Monate, ja ein Jahr und darüber vor dem Ausbruche auffälligerer Störungssymptome macht sich der Kranke durch grosse Gereiztheit, Zerstreutheit und unberechenbares psychisches Verhalten bemerkbar. Der früher besonnene, paisible, ruhig überlegende Mensch wird auffahrend, eigensinnig, oft rücksichtslos in Worten gegen seine Umgebung. Der verständig-bedächtige Gedankengang und der ruhig berechnende Geschäftseifer des Kaufmannes, die an ruhige Gleichmässigkeit gewohnte Arbeitslust des Beamten, sowie die ruhig erwägende Thätigkeit des Geistesarbeiters nehmen einen accelerirteren, forcirten und überhasteten Verlauf. Unternehmung wird auf Unternehmung gehäuft, eine Arbeit drängt die andere, die Beschäftigungszeit wird vermehrt, die nothwendige Erholung wird zurückgewiesen, die Kräfte scheinen vervielfacht; dabei ist der gewöhnliche Verkehr erschwert durch das gereizte, verdriessliche Wesen des Kranken, häufige Kopfschmerzen, plötzliche Ermüdungszustände, unruhiger, vielfach unterbrochener Schlaf gesellen sich zum Ganzen. Doch kann die Thätigkeit in diesem Zustande noch vollkommen geordnet sein, das Urtheil ungeschwächt bestehen und das Verhalten des Kranken einfach für nothwendige Anspannung der Kräfte, und die erwähnten Symptome des Unwohlseins für die naturgemässen Folgen der Ueberanstrengung imponiren.

Eine andere Reihe von Initialerscheinungen der paralytischen Geistesstörung beginnt mit Zügen von Zerstreutheit und Vergesslichkeit, die anfangs vereinzelt, später immer zunehmend den normalen Gang der geistigen Functionen durchbrechen, — Züge, die auch den Kranken in unangenehmer Weise auffallen, weil sie ihn direct stören. Solche Individuen legen Briefschaften, Documente, Gelder bei Seite und können sich nicht mehr erinnern, wohin die fehlenden Stücke kamen. Bei dem Umstande, dass in diesem Stadium auffällige Aberrationssymptome vollständig fehlen und die Kranken noch mitten in ihrer Geschäfts- oder Amtsthätigkeit sich befinden, sind solche Vorkommnisse ganz geeignet, unliebsame Verwicklungen und Consequenzen für das kranke Individuum herbeizuführen, — Complicationen und Consequenzen, die erst der weitere Verlauf der Affection meist zu spät für die Rehabilitirung des Kranken, in ihren wahren

Ursachen aufdeckt. Wir haben nicht selten gerichtliche Untersuchungen und Verurtheilungen, amtliches Disciplinarvorgehen und strenges Einschreiten der Behörden auf Vorkommnisse folgen gesehen, die sich in der Beobachtungsfolge unzweideutig und klar als Initialerscheinungen der später beobachteten paralytischen Geistesstörung erkennen liessen. Es kann in solchen Fällen kaum irgend Jemandem eine Schuld beigemessen werden. Die richtige Erkenntniss und Beurtheilung solcher Facta ist ungemein schwierig. Das Fehlen jedes ausgeprägteren und in's Auge springenderen Symptoms macht eine unzweifelhafte diagnostische Klarlegung selbst bei grosser und zureichender Erfahrung vor der competenten Gerichsbehörde nur schwer glaubwürdig und kann auch nur schwach vertreten werden, weil der Hinweis auf die zukünftige Rechtfertigung durch den fortschreitenden Krankheitsprocess allenfalls das ärztliche, nicht aber das richterliche Gewissen zu beruhigen vermag.

Man beobachtet in diesem Prodromalstadium der Paralyse als Züge der Zerstreutheit häufig, dass die Kranken in unrichtige Wohnungen gehen, ihr eigenes Wohnhaus verfehlen, wohl aber alsbald zum Bewusstsein des Irrthums kommen. In einigen Fällen fiel es auf, dass rüstige, arbeitskräftige Individuen mitten am Tage, während ihrer Beschäftigung oder während einer Unterhaltung einschlafen. Diese Neigung, aller Orten und jederzeit einzuschlafen, diese unüberwindliche und den Kranken unangenehme Schlafsucht ist oft das einzige Symptom, das dem Ausbruche der vollen Störung durch längere Zeit vorausgeht. Sehr selten sind larmoyantere und ausgesprochen paralytische Symptome, beispielsweise ein apoplectiformer oder epileptiformer Anfall, die ersten Anzeichen hereinbrechender paralytischer Geistesstörung. Vielmehr sind solche Anfälle nur für die Laienumgebung die ersten Symptome, die ihre Aufmerksamkeit auf das kranke Individuum hinlenken. Mit dem Auftreten von apoplectiformen oder epileptiformen Attaquen steht das Individuum auch mitten in seiner schweren Gehirnaffection und nimmt dieselbe nunmehr auch schon den typischen Verlauf. Der Kranke erwacht nach dem Anfalle zum Bewusstsein mit deutlichen motorischen Störungen und oft auch in voller tobsüchtiger Aufregung.

Solche Anfälle sind, wo sie auftreten, die scharfe Grenzscheide zwischen den schwankenden und schwer erkennbaren Prodromen und der ausgesprochenen floriden paralytischen Geistesstörung. Wenn auch im nächsten Verlaufsstücke die Erscheinungen noch nicht allzu stürmisch und beunruhigend sind, wenn die nach den Anfällen zurückbleibenden Lähmungserscheinungen (vor Allem die Sprachstörung) auch in kurzer Zeit zurückgehen, die anfängliche Unruhe auch alsbald wieder einem weniger auffälligen psychischen Verhalten weicht, — so bleiben für den erfahrenen Beobachter doch noch Symptome genug zurück, die jeden Zweifel über die wahre Natur des Uebels zerstreuen. Nach jeder Richtung hin zeigt sich der Kranke unsicher und unverlässlich. Fehler des Gedächtnisses und des Urtheils, sowie aus denselben resultirende Inconvenienzen des ganzen persönlichen Auftretens kommen häufiger vor; die Stimmung ist ausserordentlich labil nnd fällt unvermittelt von heiterer und rosiger Sorglosigkeit in's trübselig Weinerliche und rücksichtslos Zornmüthige. Ein leichtes Hemmniss der Sprache, das bei grösserer Erregtheit immer und deutlicher zunimmt, geringe choreaähnliche Mitbewegungen der Gesichtsmuskeln und Tremores der Hände, die ebenfalls mit Zunahme psychischer Erregungszustände anwachsen, vervollständigen das Bild des wirklichen Initialstadiums der paralytischen Geistesstörung. Bis hieher können immer noch wirkliche Denkfehler, ausgesprochene Züge von Unorientirtheit oder Wahnvorstellungen fehlen und alle Symptome haben etwas Schwankendes, treten bald stärker hervor, bald sind sie bis zum kaum Merklichen zurückgetreten. Auf dieser Höhe hält sich die paralytische Geistesstörung oft durch lange Zeit und konnten wir sie auf dieser Intensitätsstufe durch ein Jahr und darüber verfolgen. Während dieser Zeit sieht man die Kranken in ihrem Berufskreise noch immer fortwirken und wenn auch schwerer und mit grosser Anstrengung von Seite der Kranken und Nachsicht von der ihrer Vorgesetzten doch fortarbeiten. Die Sachlage wird bei dieser Entwicklungshöhe noch nicht in ihrer ganzen Ausdehnung erkannt; das Uebel wird als Zustand von Ueberanstrenguug und Ueberreiztheit betrachtet und beurtheilt und die ungeübte Prognose lautet noch immer beruhigend.

Erst bei steigender Unruhe und Hervortreten von entschiedenen Wahnvorstellungen, sowie bei Zeichen von frappanter Unorientirtheit und Verwirrtheit wird die ganze Umgebung des Kranken alarmirt und die nunmehr schon auffälligen Lähmungserscheinungen erschliessen auch dem ungeübteren diagnostischen Blick den Einblick in das Funeste der pathologischen Verhältnisse. Und jetzt beginnt auch die ganze grosse Reihe von unzweideutigen Krankheitssymptomen und läuft in der charakteristischen, typisch-progressiven Weise bis zum unaufhaltsamen Ende ab.

Die grosse Mannigfaltigkeit der Symptomenreihe, wie sie in gleichem Reichthum und farbenreichem Wechsel keiner andern psychischen Störung zukommt, empfiehlt eine schematisch-übersichtliche Anordnung der Krankheitserscheinungen der paralytischen Geistesstörung. Die einfachste Anordnung derselben ist die in psychische, motorische, sensible und intercurrirend-somatische Erscheinungen, obgleich die innige Verknüpfung aller dieser Störungssymptome in dem Complexe der Paralyse kaum ein strenges Auseinanderhalten dieser Einzelngruppen zur Durchführung kommen lassen wird.

Die psychischen Störungssymptome der Paralyse, mögen sie nun eine exaltativ-amoenomanische oder depressive oder endlich apathisch-stupide Form haben, sind sämmtlich durch die ihnen anhaftende Demenz gekennzeichnet. Es äussert sich die Demenz in gleicher Weise in der exorbitanten Uebertreibung der Grössen- und der Kleinheitswahnideen. Beide Arten von Wahnvorstellungen kommen in der paralytischen Geistesstörung in ganz eigenthümlicher und, für diese Störung, typischer Weise zur Beobachtung. Und ebenso ist die Demenz das hervorstechendste und einzige Symptom der apathisch-stupiden Verlaufsart der Paralyse. In dieser letztgenannten Verlaufsart verhalten sich die Kranken während der ganzen Krankheitsdauer gleichmässig ruhig, apathisch, theilnahmslos, die gesammten Lebenserscheinungen beschränken sich auf die vegetativen Functionen. Von diesen Kranken hört man vom Beginne bis zum Ende der Erkrankung keinerlei Aeusserung, man sieht nach keiner Seite hin eine spontane Bewegung und nur der zunehmende motorische und allgemeine Kräfteverfall lässt die

stetige Progression des Krankheitsprocesses erkennen. Diese Reihe von Kranken ist eigentlich der wirkliche Ausdruck des zu Grunde liegenden sichtbaren pathologisch-anatomischen Vorganges, des Gehirnschwunds. Der wirkliche Ausdruck insoferne, als der gleichmässige und ruhige Verfall der psychischen und motorischen Leistungsfähigkeit durch den Gehirnbefund in der natürlichsten Weise gedeckt wird; während für die wie immer gearteten Aufregungssymptome und für die auffälligen Vorgänge im Vorstellungsleben der paralytisch Kranken, im stets gleichen anatomischen Befunde keine Erklärung geboten ist. Ein nicht geringer Antheil sämmtlicher paralytisch Geisteskranker verläuft in dieser Weise. Sie unterscheiden sich aber weder diagnostisch noch prognostisch von den mit Aufregungszuständen einhergehenden Fällen. Die pathologisch-anatomischen Befunde dieser Fälle liessen weder makroskopisch noch mikroskopisch einen Unterschied von anderen Paralysen erkennen. Der Grund dieses weitgehenden symptomatologischen Unterschiedes ist in keiner Weise erklärt.

Das häufigste Bild der paralytischen Geistesstörung ist das mit amoenomanischer Exaltation und Grössenwahnvorstellungen. Es galt diese Form anfangs als „Monomanie de grandeur avec paralysie“ als die einzige der paralytischen Psychose und gilt bis heute, klinisch wohl nicht gerechtfertigt, als die typische Form derselben. Die Kranken dieser Gruppe können als das Prototyp eines maniakalischen Zustandes gelten, wie er ohne paralytische Begleitsymptome nur selten zur Beobachtung kommt. Die Kranken sind in constanter, heiterer Verstimmung und wird diese nur durch plötzlich hereinbrechende und rasch vorübergehende Weinerlichkeit unterbrochen. Vorherrschend ist immer stark gehobenes Selbstgefühl, heitere und sorglose Zuversicht in die eigene Kraft und eine mass- und schrankenlose Production von Grössenwahnvorstellungen. Bezüglich dieser Letzteren erscheint die stärkste poetische Phantasie und Erfindung lahm und armselig gegen die Äusserungen der im hohen Grade erregten Paralytiker. Die Grenzen von Raum und Zeit, die Schranken des natürlichen Geschehens schwinden vor der exorbitanten und

ungeheuerlichen Productivität der paralytisch Geisteskranken. Die Grösse des wahrhaften Besitzes übersteigt oft den Wortreichthum des Kranken. Millionen und Milliarden genügen nicht, und erzählt der Kranke von Bergen von Gold, von Kisten, die selbst nach Hunderttausenden und Millionen zählen und welche sämmtlich voll Kostbarkeiten sind; Millionen von Schiffen gefüllt mit Edelsteinen von der hundertfachen natürlichen Grösse stehen ihm zu Gebote; Reiche, die Welttheile der verschiedensten Zonen vereinen, gehören ihm; landwirthschaftliche Complexe, in welchen die Production monatlich und wöchentlich von Statten geht; eine Leibeskraft, die ihn befähigt, Tausende von Centnern, Schaaren der stärksten Männer spielend zu bewältigen; eine geschlechtliche Potenz, die niemals befriedigt werden kann und die ungezählter Mengen von Frauen stetig bedarf; gesangliche Stimmmittel, die alle Stimmen in sich begreift, — gehören zu den ständigen Eigenthümlichkeiten der paralytischen Grössenwahnvorstellungen. Doch tragen alle diese Ausflüsse und Ausdrücke des persönlichen Wohlgefühls und Behagens nicht nur in ihrer barocken Stylart und in dem grellen Contraste mit der Wirklichkeit der Kranken, sondern mehr noch in der Unmöglichkeit durch die gewagteste Vervielfältigung gegebener oder auch möglicher Verhältnisse, den Grössenideen der Paralytiker nahe zu kommen; in dem totalen Wegfall jedes Masses und jedes Urtheils, den unverkennbaren Stempel des Blödsinns von vorne herein an sich. Wenn der Kranke erzählt, dass seine Excremente unschätzbare Reichthümer enthalten, die aus denselben durch die einfachste Methode herausbekommen werden können; dass er alle Sprachen der Welt spreche und noch einige neue erfunden habe; dass er zur grösseren Bequemlichkeit der Menschen im Weltmeere schwimmende Städte erbaue mit welchen man zu verschiedenen Jahreszeiten ohne Schwierigkeit in verschiedene Klimate ziehen könne; dass er die Sterne befahre; dass er Pferde besitze, die auf allen Instrumenten spielen und mehrere Sprachen sprechen; dass er selbst über stockhohe Häuser und Kirchthürme springe u. s. w.; dann bleibt wohl kein Zweifel, dass krankhafte Phantasie allein solche Ungeheuerlichkeiten nicht zu Stande bringen könne, sondern

dass jedes Urtheil, jede Denkfähigkeit aufgehoben sein muss. Im weiteren Verlaufe der Erkrankung und mit dem zunehmenden allgemeinen Verfall der Kräfte schwinden diese Wahnvorstellungen keineswegs, sondern bestehen ungebrochen und in gleicher Uebertreibung fort und heben sich die Aeusserungen der ungeheueren Kraft, der unerreichbar hohen Stellung und des fabelhaften Besitzes von dem auch äusserlich deplorablen Zustande der psychischen und motorischen Unbeholfenheit der vorgeschrittenen Paralyse nur um so schärfer und greller ab. Bei der totalen Unfähigkeit, eine geordnete Bewegung auszuführen oder sich irgendwie zu orientiren, versichert der Kranke fortwährend, er mache von Tag zu Tag die grössten militärischen Avancen, er sei Kaiser der Welt und erzählt von seinen ungeheuren Kraftproben. So hatten wir einen Kranken, der mit dem einzigen, ihm noch zur Verfügung stehenden Worte „Rundum“ Alles als sein Eigenthum ansprach.

Es leuchtet ein, in welchem Grade solche Kranke in dem wahnhaften Glauben von unermesslichen Besitzthümern bei dem mangelhaften Urtheile gefährlich werden können. Es gehört zu den gewöhnlichsten Vorkommnissen, dass solche Kranke in ihrer ungeheuerlichen Unternehmungslust Einkäufe in ganzen Wagenladungen, voll von unbrauchbaren Sachen, in's Haus schleppen oder Geschäfte in enormen Summen eingehen, Gelder verschenken und verprassen, unausgesetzt im Wagen umherfahren, in Gasthäusern Zechen machen und Gastmäler veranstalten, — Vorgänge, die die Angehörigen mit Sorge an die eigene, durch die Ausgaben des Kranken gefährdete Existenz denken lassen. Dazu kommen Verlegenheiten der verschiedensten Art, die die zunehmende Verwirrtheit der Kranken ihren Angehörigen bereiten. Bei der gänzlichen Gedächtnislosigkeit und der Unmöglichkeit, sich über die einfachsten Verhältnisse von Zeit und Raum, von Besitz und Schicklichkeit zu orientiren, führen diese Kranken nur zu häufig Conflicte nicht nur mit der gewöhnlichen Umgebung, sondern auch mit den Behörden herbei. Solche Kranke nehmen ohne Rücksicht auf Mein und Dein Gegenstände mit sich, von denen sie weiterhin auch gar keinen Gebrauch machen können, gehen

nackt auf die Strasse, verüben die gröbsten Verstösse gegen Anstand und Sitte und führen die unsäglichsten Verwirrungen herbei. Dabei treten auch schon die schwersten Symptome von Demenz hervor. Die Kranken wissen weder die laufende Zeit auch nur annähernd zu bestimmen, noch sind sie über ihr eigenes Alter orientirt, finden sich in ihrer eigenen Familie und in ihren gewohnten engsten Verhältnissen nicht mehr zurecht; Name von Weib und Kindern, die Zahl der letzteren sind sie eben so wenig im Stande anzugeben, als sie das allereinfachste Additionsexempel zu lösen vermögen. Bei allen diesen Erscheinungen und während des ganzen Verlaufes der Störung fehlt das Krankheitsbewusstsein vollständig. Im elendesten körperlichen Zustande versichern diese Kranken mit gleicher Heiterkeit und Zufriedenheit, dass es ihnen ausgezeichnet gehe, dass sie vollkommen gesund seien.

Seltener als in der eben geschilderten maniakalischen Exaltationsform verläuft die paralytische Geistesstörung unter dem Bilde einer depressiven Verstimmung und dann wohl durchwegs mit hypochondrischen Wahnideen von ebensolchem übertriebenem und masslosem Charakter, wie er die Grössenideen kennzeichnete. Die Kranken dieser Reihe tragen ein Krankheitsbewusstsein zur Schau, wie kaum eine andere Störung; äussern sich in unaufhörlichen Klagen über ihren Gesundheitszustand; sie ergehen sich in endlosem Seufzen und Jammern über ihren ungeheuerlich defecten Körper: es fehlt ihnen das Herz, der Magen; man hat ihnen die Gedärme aus dem Leibe genommen, um sie zu irgend welchen fremdartigen Zwecken zu verwenden; sie haben den Kopf verloren, sind vollständig zusammengeschrumpft, können sich nicht bewegen, weil sie gar keine Extremitäten haben; die Hälfte des Körpers sei ihnen gestohlen werden; sie können nicht essen, weil ihnen der Schlund oder der After zugewachsen ist; sie können keine Entleerungen haben, weil sie durch die dabei aufgewendeten Anstrengungen in kleine Stücke zerbrechen etc. etc. Höchst interessant sind jene seltenen Fälle von paralytischer Geistesstörung, in welchen die beiden Stadien, das der maniakalischen Aufregung und das der hypochondrischen Depression, mit einander abwechseln. Nicht nur, dass die beiden Phasen in

jähem Wechsel einander verdrängen, sondern der Kranke nimmt in höchst merkwürdiger Weise die Erinnerung der einen Phase in die andere mit hinüber. So hatten wir einen Paralytiker in Pflege, der in seinem hypochondrischen Depressionszustande wehmüthig von seiner einstigen Riesenhöhe und der täglichen Zunahme derselben erzählte, während er jetzt durch fortwährendes Schrumpfen immer kleiner und kleiner werde. Derselbe Patient, der im Zustande maniakalischer Erregung in Gold und in den höchsten militärischen Aemtern schwelgte, klagte später betrübt dass man ihm die Eingeweide herausnehme und Hobelspähne in den Leib stopfe, dass man ihm die Wirbel verrenke etc. Ob diese hypochondrischen Wahnvorstellungen auf wirklichen Sensationen beruhen oder ob sie der Ausdruck von Hallucinationen des Gemeingefühls sind, ist wohl kaum mit Sicherheit festzustellen, aber doch nicht wahrscheinlich. Hallucinationen sind nach den uns zu Gebote stehenden zahlreichen Erfahrungen im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung ungemein selten. In der grossen Reihe von paralytisch Geisteskranken unserer Beobachtung konnten wir nur in ganz vereinzelten Fällen wirkliche und unzweifelhafte Sinnesdelirien constatiren. Vieles, was diesen ähnlich und oft nur sehr schwer genau von Hallucinationen zu unterscheiden ist, dürfte auf Rechnung der krankhaft erregten Phantasie und der märchenhaften Darstellung der Kranken zu stellen sein und weist auf die von uns im allgemeinen Theile hervorgehobene Wesensgemeinschaft der Reproductions- und Hallucinationsvorgänge hin. Doch haben wir gefunden, dass jene Erscheinungen, die man als wirkliche Delirien der Sinne bezeichnet, häufiger in der Form der chronischen Alcoholintoxication auftreten, die oft genug unter den Symptomen der paralytischen Geistesstörung verläuft.

Im weiteren Verlaufe der paralytischen Geistesstörung zeigen die psychischen Kräfte der Kranken einen zunehmenden Verfall, so dass man im vorgeschrittenen Stadium der Erkrankung kaum noch von psychischer Leistung überhaupt sprechen kann. Die Kranken, die die Fähigkeit, sich in Worten auszudrücken, vollends verloren haben, nehmen an den Vorgängen in der Umgebung auch nicht den geringsten Antheil, kennen

keine Erregung, zeigen sich vollkommen stimmungslos und indifferent. Vollkommene psychische Regungslosigkeit oder ein stereotypes Lächeln, als terminaler Ausdruck der immer fortbestehenden Amoenomanie, zeigen die totale Vernichtung der psychischen Functionsfähigkeit an.

Hand in Hand mit diesen eben geschilderten psychischen Störungssymptomen gehen in stetig zunehmendem Verlaufe die Erscheinungen von Seite des Bewegungsapparates. Die Zeit des Eintrittes der motorischen Symptome jedoch in den ganzen paralytischen Symptomencomplex ist verschieden. Einmal gehen leichte Lähmungen im Anschlusse an apoplectiforme oder epileptiforme Anfälle allen anderen Erscheinungen voraus und kennzeichnen die nachfolgenden psychischen Störungssymptome als der Paralyse zugehörig; ein anderes Mal entscheiden sie in untrüglicher Weise den Charakter lange vorher beobachteter psychischer Krankheitserscheinungen; und endlich können beide Erscheinungsgruppen gleichzeitig auftreten und in gleichem Tempo ablaufen. Erkennbare Erklärungsgründe für dieses in der Zeit differente Einsetzen der beiden Symptomengruppen der paralytischen Geistesstörung lassen sich nicht angeben. Verlauf und Ausgang der ganzen Affection sind vollkommen gleich, ob nun psychische oder motorische Störungserscheinungen den Krankheitsprocess einleiten oder ob beide Reihen von Erscheinungen zu gleicher Zeit hervortreten.

Die ersten motorischen Störungen der paralytischen Geistesstörung sind immer weniger alarmirend, als die initialen psychischen Symptome. Sie sind oft so geringfügig, dass sie ohne Weiteres übersehen werden und nur dem gut geübten Beobachter auffallen. Selbst in jenen Fällen, in welchen ein apoplectiformer Anfall die ganze Serie der folgenden Erscheinungen einleitet und in welchen sehr schwere Lähmungserscheinungen (Verlust der Sprache durch Paralyse der Zunge, Hemiplegie) sich an den Anfall anschliessen, sind diese nur von kurzer Dauer und tragen in ihrem raschen Rückgang allein schon den Beweis, dass man es nicht mit wirklichen Läsionsherden im Gehirne zu thun habe.

Fast in allen Fällen gehen Tremores der Zunge und der

ausgestreckten Hände den anderen motorischen Störungssymptomen voraus und dauern während des ganzen Krankheitsverlaufes an, doch nicht ohne im vorgeschritteneren Stadium der Paralyse sich zu ändern u. z. in der Weise, dass die anfänglich leise und continuirlich zitternde Zunge und die oberen Extremitäten später stärkere und in deutlichen Intervallen bemerkbare Zuckungen zeigen. Die Zunge bleibt dann nicht mehr leicht zitternd hervorgestreckt, sondern wird unter kräftigeren Zuckungen ruckweise hervorgestreckt und wieder zurückgezogen. Ebenso zeigen einzelne Muskelgruppen der Hand kleine convulsible Zuckungen. Auch in den mimischen Gesichtsmuskeln gehen sehr häufig choreaähnliche Zuckungen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen ausgesprochenen Lähmungen voraus. Insbesondere beobachtet man diesen convulsiblen Zustand der Gesichtsmuskulatur ansteigend bei stärkerer psychischer Erregung des Kranken oder auch nur beim einfachen Sprechen. Diese minimalen und partiellen Zuckungen dauern während des ganzen Krankheitsverlaufes und auch in ausgesprochen paretischen Muskeln oder Muskelgruppen an.

Von eigentlichen Lähmungen fallen im Beginne der paralytischen Geistesstörung nur geringfügige Störungen in der Innervation der Iris und der Gesichtsmuskeln auf: die Pupillen erscheinen different und die Iris reagirt träger und weniger prompt auf Helligkeitsunterschiede. Die behinderte Reactionsweise der Iris muss oft allein die von der Innervationsstörung ergriffene Seite entscheiden, weil in der Differenz allein, wenn nicht die einseitige Erweiterung oder Verengerung der Pupillen so bedeutend ist, dass sie ohne Weiteres als abnorm imponirt, begreiflicher Weise kein Hinweis auf die von der Innervationsstörung eigentlich ergriffene Seite enthalten ist. Doch ist die Pupillendifferenz kein untrügliches Merkmal einer zur paralytischen Geistesstörung gehörigen Innervationsstörung; denn abgesehen von Affectionen des Sehapparates und von Läsionsherden im Gehirne, die häufig mit Pupillendifferenzen einhergehen, kommen dieselben im Verlaufe der verschiedensten psychischen Störungen vor, ohne dass irgend ein fassbarer oder erklärlicher Befund für diese an und für sich belanglose Motilitätsstörung

namhaft gemacht werden könnte. Ein viel sicherer und man kann sagen untrüglicher diagnostischer Anhaltspunkt ist in der gleichmässigen und auffälligen Enge beider Pupillen gegeben. Der Anblick einer bedeutenden myotischen Pupillenverengerung ermöglicht, bei Ausschliessung von Bulbuserkrankungen, allein schon die Diagnose auf paralytische Geistesstörung. Und sehr selten dürfte hierin der weitere Verlauf einen Irrthum aufdecken. Man findet in solchen Fällen die Pupillen bis auf die Grösse eines kleinen Stecknadelkopfes oder des Durchmessers einer feineren Nadel auf beiden Seiten gleich verengt. Die Pupillen sind dann meist vollständig starr oder reagiren nur sehr wenig und langsam. Werden solche Pupillen durch Einträufelung von Atropin zur Erweiterung gebracht, so dauert die Rückkehr zur früheren Enge oft 1—2 Wochen und zeigen sich dann oft Differenzen in der Weise, dass die Pupille der einen Seite früher als die andere zum ursprünglich myotischen Lumen zurückkehrt. Das Sehen ist selbst bei der stärksten Myosis in keiner Weise gestört.

Ein weiteres initiales Symptom von Seite der motorischen Sphäre ist die Differenz in der Innervation der beiden Facialnerven. Abgesehen von den früher erwähnten minimalen Convulsionen in der Gesichtsmuskulatur, beobachtet man sehr häufig, wenn auch keineswegs constant, Unterschiede in der Innervation der Muskeln beider Gesichtshälften. Es erscheinen die Stirnfurchen auf der einen Seite weniger ausgeprägt, als auf der andern, oder es folgen die Muskeln der einen Stirnhälfte der Innervation nicht so prompt und ausgiebig, wie die der anderen; die Naso-Labialfalte der einen Seite ist seichter oder ganz verstrichen, der Mundwinkel hängt und es zeigt die so afficirte Gesichtsseite weniger mimisches Leben, keinen Ausdruck und ist maskenähnlich schlaff. Doch ist hiebei von einer eigentlichen Lähmung des Facialis nicht die Rede, und können alle von diesem Nerven versorgten Muskeln die Bewegungen ausführen, immer aber mit geringerer Energie und verminderter Promptheit als im gesunden Zustande. Ueberhaupt ist festzuhalten, dass sowohl im Beginne, als auch bis zu einem schon weit vorgeschrittenen Stadium der

paralytischen Geistesstörung von einer wirklichen und completen Lähmung keine Rede ist und dass die beobachteten Bewegungsstörungen immer mehr den Charakter der Schwerfälligkeit und Unbeholfenheit haben. Die Bewegungen entsprechen in der Gruppirung der Muskeln nicht genau dem Bewegungszwecke, sie sind mit Beziehung auf die Bewegungsintention unsicher, nicht gut coordinirt. Deshalb lassen sich diese motorischen Störungen am leichtesten an den Bewegungsformen da constatiren, wo die Kranken feinere, complicirtere Bewegungen ausführen sollen. Während die rohe Muskelkraft und einfache Bewegungen noch keine Abnormität erkennen lassen, zeigt sich die motorische Insufficienz schon deutlich, wo verschiedene Muskelgruppen zu einem Bewegungszwecke zusammenwirken sollen, oder wo es auf genaues Bemessen der Innervation und auf feine und bewusste Unterscheidung verschiedener Bewegungsnuancen ankommt. So ist, lange bevor von Lähmungen der Lippen, Zungen- oder Gaumenmuskulatur die Rede sein kann, eine Störung der Sprache bemerkbar, — eine Störung, die auch gar nicht so sehr in einem wirklichen motorischen Ausfall begründet ist, als vielmehr in dem Unvermögen, die zur Articulation nothwendige Raschheit und Exactheit in dem Zusammenspiel der verschiedenen Muskelgruppen aufzubringen. Was die Sprachstörung der paralytischen Geistesstörung kennzeichnet, ist eben das Unvermögen, die Buchstaben zu Silben, die Silben zu Worten zusammenzufügen, — sie ist wesentlich eine articulatorische Störung; es werden die eine Silbe bildenden Buchstaben einzeln richtig ausgesprochen, aber unrichtig oder schwerfällig zusammengefügt, so dass die Buchstaben versetzt erscheinen. Ebenso verhält es sich mit dem Zusammenfügen der Silben zu ganzen Worten: einzelne Silben werden ausgelassen, andere wiederholt, noch andere an die unrichtige Stelle gesetzt und es wurde mit vollkommen zutreffender Charakteristik diese Art der Sprachstörung als Silbenstolpern bezeichnet. Und diese Art der Motilitätsstörungen ist auch, bis zu dem Stadium der Krankheit, wo wirkliche Ausfallserscheinungen hervortreten, der Charak-

terzug der ganzen Reihe motorischer Störungssymptome im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. Als weiteres Charakteristikon dieser motorischen Störungsphänomene ist das Unvermögen des Zusammenwirkens mehrerer Muskeln und Muskelgruppen zu einer Dauerbewegung. Der ganze motorische Apparat zeigt eine sehr gesteigerte Neigung zur Ermüdung und es tritt bei ganz gut begonnenen Bewegungen nach sehr kurzer Zeit die ganze Reihe der Ermüdungserscheinungen auf, die die fortgesetzte Bewegung oder Haltung unsicher machen. So sieht man, um an wenig umfangreichen Bewegungen dieses Verhalten zu zeigen, nach ganz prompt erfolgtem Lidschluss, wenn derselbe auf besonderes Geheiss länger dauern soll, alsbald convulsible Zuckungen in den Augenlidern auftreten; die gleichen Anzeichen eingetretener Ermüdung zeigt die hervorgestreckt gelassene Zunge, der zum Pfeifen oder Blasen zugespitzte Mund.

Diese eben erwähnten, für die Paralyse der Geisteskranken charakteristischen Züge der motorischen Störungen beziehen sich auch auf die Motilität der Extremitäten, sowohl der oberen als der unteren. Fast nie lässt sich eine ausgesprochene Lähmung constatiren und auch die Differenzen in der Motilität der Extremitäten beider Seiten treten selten sofort hervor. Wohl aber ist man häufig in der Lage zu beobachten, dass die obere und untere Extremität der einen Seite rascher ermüdet, als die der anderen Seite. Und lässt man sich beide Hände gleichzeitig von dem Kranken drücken, so ist der durch Ermüdung bedingte Nachlass des Druckes auf der einen Seite früher wahrzunehmen, als auf der andern. Deutlich aber spricht sich die motorische Insufficienz der oberen Extremitäten aus, wenn es sich um die Ausführung feinerer Bewegungen handelt. Beim Schreiben tritt die Störung in derselben nicht zu verkennenden Weise wie beim Sprechen hervor. Nicht nur, dass die Kranken schon nach wenigen Zeilen vollkommen ermüdet von der Fortsetzung abstehen, sondern auch hier ist das prompte und exacte Zusammenwirken des psychomotorischen Apparates aufgehoben. Die Muskeln und Muskelgruppen greifen nicht mehr in gewohnter Schnelligkeit und Verlässlichkeit zusammen und wie beim

Sprechen, so geht auch beim Schreiben das sichere Zusammenfügen der Buchstaben zu Silben, der Silben zu Worten verloren. Die paralytisch Geisteskranken schreiben genau sowie sie sprechen: die Buchstaben und Silben werden unrichtig gesetzt, einzelne werden ganz weggelassen, andere ein- und mehrere Male wiederholt, so dass die Schrift dieser Kranken ein nicht zu verkennendes, diagnostisch charakteristisches Gepräge erhält. Wir wollen hier auch auf eine eigenthümliche Störung des Lesens aufmerksam machen, die wir in vielen Fällen bei vorgeschrittenen Paralytikern beobachteten. Die Kranken lesen beipsielsweise das erste oder die ersten Worte richtig, hängen dann an eine richtig gelesene Silbe andere, gar nicht dahin gehörige Silben und Worte an, die mit dem Drucktexte und auch untereinander keinen Zusammenhang haben. Die Incohärenz des so Gelesenen kommt durchaus nicht auf Rechnung etwaigen „Uebersprungens“ von Worten und Silben, sondere auf die ganz willkürliche Construction des Gelesenen, das aus Theilen des Textes und frei hinzu gedichteten Worten und Silben besteht. Es handelt sich hiebei um dieselbe Störung, die Kussmaul aus „Paralexie“ vieler Aphatischer beschrieb. — In der Motilität der unteren Extremitäten lassen sich derartige Störungen schwerer constatiren, weil mit denselben feinere Bewegungen nicht ausgeführt werden. Doch tritt auch hier die Unbeholfenheit hervor: die Kranken können nicht gleichmässig gehen und ist ihnen ein Gehen im Tacte unmöglich; beim Aufsteigen auf einen Stuhl zeigen sie grosse Unsicherheit, ja selbst beim Gehen auf ebenem Boden sind, abgesehen von der raschen Ermüdung, unregelmässiges Aufsetzen der Füsse, Unsicherheit im Auftreten und häufiges Stolpern unzweideutige Zeichen der bestehenden motorischen Insufficienz, der mangelhaften Coordination der Bewegungen.

Erst in einem weiter vorgeschrittenen und sehr spätem Stadium der paralytischen Geistesstörung treten Störungen in der Ausführung des Schlingactes auf. Auch für diese gilt das früher Erwähnte. Nicht wirkliche Lähmungen sind als Grund dieser Schlingstörungen zu betrachten, sondern mangelhaftes Zusammenwirken der zu dem complicirten Bewegungsacte nothwendigen Muskeln.

Die Kranken führen einen Bissen ein, bevor sie den anderen verschluckt haben, die Speisen häufen sich im Rachen und die Kranken bringen ein promptes und regelmässiges Schlingen nicht zu Wege, sie „verschlucken“ sich häufig und gelangen thatsächlich Speisetheile häufig in den Kehlkopf und bedingen Erstickungsanfälle und wirkliche Suffocationen. Wir werden bei der Ausführung der Behandlungsweise der paralytischen Geistesstörung noch auf diesen Umstand zurückkommen müssen, weil dieses Störungssymptom häufige Gefahren für das Leben des Kranken mit sich führt, die bei einiger Aufmerksamkeit leicht beseitigt und umgangen werden können.

Gleichwie die psychischen Symptome, zeigen auch die motorischen eine stete Zunahme des Krankheitsprocesses an. Die anfänglich kaum bemerkbaren, leicht zu übersehenden motorischen Störungen treten immer deutlicher hervor; die früher auf kleine Gebiete beschränkten Innervationsanomalien werden allgemeiner und erstrecken sich auf das gesammte Muskelgebiet. Das leichte Silbenstolpern wird unter stetiger Verschlimmerung zur vollendeten Unfähigkeit überhaupt zu articuliren, so dass die Kranken gegen das Ende der Krankheit kein Wort mehr hervorzubringen vermögen und nur noch einzelne ungeordnete Bewegungen der Lippen die letzten und stets misslingenden Versuche zu sprechen andeuten. Der mimische Apparat hat jede freie und adäquate Beweglichkeit eingebüsst und die Gesichtszüge sind schlaff, von maskenähnlicher Ausdruckslosigkeit; jeder Tonus der Wangenmuskeln ist so weit geschwunden, dass die Wangen durch die mit dem Sprechen einhergehenden Luftströmungen in der Mundhöhle gleich einem Segel aufgeblasen werden und wieder zusammenfallen. Die Zunge liegt flach am Boden der Mundhöhle, zeigt fibrilläre Zuckungen und kann nur sehr schwer hervorgestreckt werden. Auf die Deviationen der Zunge von der Mittellinie lässt sich kein grösseres diagnostisches Gewicht legen. Einmal sind dieselben in der paralytischen Geistesstörung überhaupt selten, dann aber unterliegt man bei der Beurtheilung einer wirklich bemerkbaren Zungenabweichung leicht einer optischen Täuschung, weil auch die vollkommen gerade hervorgestreckte Zunge bei stärker herabhängendem

Mundwinkel der einen Seite schief gestellt erscheint. Wird die Stellung des Mundes in mechanischer Weise durch Hinaufziehen des schlafferen Mundwinkels rectificirt, dann überzeugt man sich auch sofort davon, dass die Deviation der Zunge nur eine scheinbare war. Ebenso wenig Bedeutung können wir der Deviation des Gaumenzäpfchens und der Gaumensegel beimessen, wenn sie nicht ganz auffällig ausgeprägt ist. Auch kommt für die richtige diagnostische Werthschätzung dieses letztgenannten motorischen Symptoms in Betracht, dass dieselbe Erscheinung durch zahlreiche andere Ursachen, durch verschiedene Krankheitsmomente herbeigeführt sein kann.

In gleichem Fortschritte nehmen die Lähmungserscheinungen der Extremitäten Theil an der Weiterentwicklung des Krankheitsprocesses. Die anfängliche Unsicherheit, die Tremores der Hände steigern sich zum völligen Unvermögen, irgend eine geordnete und zweckentsprechende Bewegung auszuführen. Dabei nimmt aber auch die rohe Kraft der Muskeln ab. Der Druck der Hände ist kaum nennenswerth; die Kranken lassen die ergriffenen Gegenstände fallen, bringen kaum mehr ein Glas oder ein Essgeräth zum Munde. Die Motilität der unteren Extremitäten ist bedeutend herabgesetzt; das Gehen wird unsicher, wenig energisch; die Füsse werden kaum vom Boden abgehoben, wodurch der Gang trippelnd oder schlürfend erscheint.

Schliesslich ist der Gebrauch der unteren Extremitäten ganz unmöglich; die Kranken können weder stehen noch gehen, ohne dass die Beweglichkeit so weit aufgehoben wäre, wie nach einem apoplectischen Insult oder einer anderen Gewebszerstörung im Gehirne. Vielmehr können alle Bewegungen ausgeführt werden, wenn auch nur mit minimaler Energie. Selbst im Zustande vorgeschrittenster paralytischer Geistesstörung hat man es nie mit completen Lähmungen zu thun, sondern immer nur mit hochgradiger Schwäche der Muskelkraft und mangelhafter Coordination der Bewegungen. Die motorischen Störungen haben immer den Charakter von Paresen und Ataxien, niemals den wirklicher Paralysen. Dieser Charakter muss auch auf die Störungszustände der Sphincteren ausgedehnt werden. Die Unreinlichkeit der paralytisch Geisteskranken kommt gewiss eben so sehr

auf Rechnung von Secessus inscii als auf die von unwillkürlichen Entleerungen. Zur totalen Unorientirtheit der Patienten und zur mangelhaften Sensibilität tritt der paretische Zustand der Schliessmuskeln nur als Theilerscheinung ergänzend hinzu.

Ueber die im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung auftretenden Sensibilitätsstörungen können wir uns kurz fassen. Dieselben treten erst in einem vorgeschrittenen Entwicklungsstadium der Affection auffälliger hervor, zu einer Zeit, wo eine feinere Untersuchung der Empfindlichkeitsverhältnisse durch die starke psychische Schwäche sehr unzuverlässig geworden ist. Es kann sich also bei Untersuchung der Sensibilität nur um Constatirung grober Veränderungen handeln und diese erweisen sich als eine im Allgemeinen zunehmende Herabsetzung der Empfindlichkeit. Diese Herabsetzung bezieht sich in ganz gleichmässiger Weise auf alle Qualitäten der Empfindung. Die Sensibilitätseindrücke werden schlecht localisirt, ungenau taxirt und erscheint die Schmerzempfindung fast total aufgehoben. Es wurde dieser Analgesie schon im allgemeinen Theile Erwähnung gethan. Hier sei nur noch hervorgehoben, dass die Benommenheit der Kranken und die bedeutend herabgesetzte Schmerzempfindung diesen Kranken oft genug verhängnisvoll wird. In Folge der totalen Verkennung der Ortsverhältnisse und der durch die Analgesie herbeigeführten Aufhebung des bewussten und reflectorischen Selbstschutzes verletzen sich diese Kranken oft erheblich. Sie stossen sich entweder zufällig an Ecken und Kanten, ziehen sich Brandwunden zu oder verletzen und verstümmeln sich selbst in grauenerregender Weise. — Gegen das Ende der Krankheit erscheint auch die Reflexerregbarkeit herabgesetzt oder auch gänzlich aufgehoben, wenn nicht, wie dies in einzelnen Fällen geschieht, eine complicirende spinalmeningitische Affection eine starke Erhöhung der Reflexirritabilität bedingt. In diesen Fällen erfolgen auf ganz geringfügige Reize verstärkte und vermehrte Reflexzuckungen, nicht selten auch allgemeine Convulsionen. Oft wird diese allgemeine Convulsibilität in dauernder und von äusseren Reizen unabhängigen Weise beobachtet.

Ein abweichendes Verhalten zeigen die Sensibilitätsverhält-

nisse nur in den sehr seltenen Fällen von sogenannter aufsteigender Paralyse; Fälle, in welchen Tabes dorsualis im weiteren Verlaufe sich mit paralytischer Geistesstörung complicirt. In diesen Fällen wird die ganze Reihe von Sensibilitätsstörungen beobachtet, wie sie der grauen Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks zukommt und deren Ausführung nicht hieher gehört. Die Empfindungsstörungen dieser Fälle haben mit dem Krankheitsprocess der paralytischen Geistesstörung keine Wesensgemeinschaft.

Grosse symptomatologische Wichtigkeit haben die im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung auftretenden apoplectiformen und epileptiformen Anfälle, die als einleitende Symptome derselben Affection schon hervorgehoben wurden. Die apoplectiformen Anfälle sind viel seltener und unterscheiden sich von wirklichen Apoplexien symptomatologisch gar nicht. Sie werden wie diese entweder durch kurzdauernde Prodrome von Kopfschmerzen, Unruhe, Aengstlichkeit eingeleitet oder setzen mit plötzlichem Bewusstseinsverlust ein. Bei Rückkehr des Bewusstseins zeigen sich die Kranken total verwirrt, unorientirt und lassen Sprachstörungen von verschiedener Intensität und aphatischem Charakter, bis zu gänzlichem Unvermögen ein verständliches Wort hervorzubringen, und mehr weniger complete halbseitige Lähmungen erkennen. Bis dahin ist die Aehnlichkeit mit wirklichen apoplectischen Insulten gross und nur der weitere Verlauf, die innerhalb weniger Tage sich vollziehende Restitution lassen eine tiefer gehende Gewebszerstörung im Gehirne durch Hämorrhagie ausschliessen. Solche Anfälle wiederholen sich im langen Verlaufe der Paralyse sehr oft in derselben stereotypen Weise, ohne dass die spätere Autopsie Spuren von stattgehabten Blutaustritten nachweisen würde. Manchmal kommt es bei solchen Anfällen auch nicht zn vollständigem Bewusstseinsverluste und legen nur plötzlich entstandene Sprachverluste und vorübergehende hochgradigere Verwirrtheit und Unruhe den Gedanken an einen, dem completen apoplectiformen Anfalle ähnlichen Vorgang nahe.

Diese Anfälle haben kaum eine besonders bedrohliche prognostische Bedeutung. So oft sie sich auch wiederholen mögen,

gehen sie doch immer schon nach kürzerer Zeit vorüber und schliessen keine Gefahr für das Leben der Kranken in sich.

Gleich den vorangehend erwähnten gehören auch die epileptiformen Anfälle zu den häufig wiederkehrenden Symptomen der paralytischen Geistesstörung. Sowie sie in abrupter Weise das erste deutliche Zeichen der hereinbrechenden Störung sein können, so bedeuten sie im weiteren Ablaufe des Krankheitsprocesses Stationen der Verschlimmerung und Stufen des psychischen, wie motorischen Verfalls. Die Anfälle selbst treten mit plötzlichem Bewusstseinsverlust oder nach kurzem Prodromalstadium von Turgescenz des Kopfes, steter Unruhe und sensorieller Benommenheit auf. Mit dem Eintritt der Bewusstlosigkeit wird das Individuum von klonischen oder tonischen Krämpfen verschiedener Intensität und Ausbreitung befallen. Bald sind die Convulsionen ganz allgemein, bald halbseitig, bald sind nur einzelne Extremitäten oder die Muskeln einer Gesichtshälfte von den Convulsionen ergriffen. Mit dem Authören der Convulsionen sind die Kranken noch benommen und verwirrt, stuporös und unorientirt, zeigen auch rasch vorübergehende Aphasie, um nach wenigen Minuten bis nach mehreren Stunden mit einem Zuwachs von Störungserscheinungen in den früheren Status zurückzukehren. Solche Anfälle wiederholen sich in unregelmässigen Intervallen von Tagen, Wochen und Monaten, fehlen jedoch selten vollständig im ganzen Verlaufe der paralytischen Geistesstörung. Oft treten sie in ganzen Serien auf und wiederholen sich dann in kurzen Intervallen von Secunden und Minuten und erreichen in selteneren Fälien eine nicht unbeträchliche Zahl. Dieser Status von Krampfanfällen, in welchem die Kranken durch viele Stunden, ja durch 2—3 Tage, fast ohne Nachlass, von Convulsionen befallen sind, ist für das Leben der Kranken nicht ohne Gefahr. Denn ebenso wie es im protrahirten Status epilepticus zum lethalen Ausgange kommen kann, ganz so kann auch eine grosse Serie von Krampfanfällen die paralytische Geistesstörung mit dem Tode des Kranken abschliessen. Wenn diese Fälle auch äusserst selten sind, so kommen sie doch ganz bestimmt vor und erinnern wir uns selbst eines Falles von langsam verlaufender Paralyse, der nach 250 in

48 Stunden sich cumulirenden Krampfanfällen tödtlich endete. Es muss aus diesem Grunde diesen Convulsionszuständen grosse Aufmerksamkeit zugewendet werden und werden wir bei Auseinandersetzung der Behandlung noch auf diesen Krampfstatus der paralytischen Geistesstörung zurückkommen.

Gleichwie bei Epileptikern nicht selten psychische Störungszustände von bestimmteren, bei der Epilepsie eingehender zu erwägenden Charakter an die Stelle der convulsiblen Anfälle treten, ebenso kann man bei Paralytikern, freilich viel seltener, Aufregungszustände mit den den „psychisch-epileptischen Aequivalenten“ eigenthümlichen Zügen beobachten. Sowohl das Auftreten, als auch der ganze Verlauf dieser anfallsweisen Störungen deuten darauf hin, dass man es auch in diesen mit psychischen Aequivalenten der paralytischen Krampfanfälle zu thun hat. Wir haben ganz ruhige, demente paralytische Kranke zu wiederholten Malen in ganz unerwartet plötzlicher Weise in hohem Grade zornmüthig verstimmt, in raschem Anstieg vollständig tobsüchtig und in ebenso jähem Abfall zum früherem apathisch-dementen Verhalten zurückkehren sehen.

Ein anderer Allgemeinzustand im Verlaufe der Paralyse ist der des tetanischen Verhaltens der Gesammtmuskulatur. Dieses Verhalten, das häufig als Terminalstadium die Paralyse abschliesst nnd dessen wir im allgemeinen Theile bei Darlegung der Angst Erwähnung gethan, ist nicht ein auf die motorische Sphäre allein beschränktes, sondern ein Gesammtzustand des Kranken Es entspricht diese allgemeine tetanische Contraction sämmtlicher willkürlicher Muskeln psychischerseits einem hochgradigen Angstzustande und geht mit allen äusseren Erscheinungen intensiver Angst einher. Die Kranken, die früher maniakalisch erregt oder apathisch waren, werden zunehmend ängstlich, ohne doch den Grund dieser Angst zu äussern. Sie ziehen sich zurück, wehren jede Annäherung durch obstinates Wesen ab, setzen jeder mit ihnen beabsichtigten Veränderung vollkommene Starrheit entgegen, lassen sich weder entkleiden noch ankleiden, nehmen keine Nahrung und pressen die Kiefer mit unnachgiebiger Kraft zusammen, wenn man ihnen mit Speisen nahe kommt; sie halten oft durch mehrere Tage jede Entleer-

ung zurück und setzen auch den künstlich angestrebten Entleerungen einen energischen Widerstand im tetanischen Verhalten der Schliessmuskeln entgegen. Wir haben schon früher angedeutet, dass der eben erwähnte Zustand im Verlaufe der paralytischen Geistesstörung im Zusammenhange gefunden wurde mit rasch ansteigendem Druck in der Schädelhöhle durch acuten oder subacuten internen Hydrocephalus.

Neben diesen der paralytischen Geistesstörung als solcher zugehörigen Erscheinungen ist es noch eine ganze grosse Reihe von Circulations- und vasomotorischen Störungen, von Alteration des allgemeinen Ernährungszustandes und intercurrenten somatischen Affectionen, die entweder wegen der Constanz, mit welcher sie den Krankheitsprocess des Centralnervensystems begleiten, oder wegen der besonderen Beziehung zu demselben besondere Beachtung verdienen. Vor allem sind es die Temperaturverhältnisse, denen wir einige Worte widmen müssen.

Von verschiedener Seite wurde, insbesondere in letzter Zeit auf abnorme Temperaturverhältnisse und Schwankungen aufmerksam gemacht, die der paralytischen Geistesstörung eigenthümlich sein sollen. Die angegebenen Abweichungen sind an und für sich so gering, dass nach Abzug der kaum zu vermeidenden Unverlässlichkeiten bei lange fortgesetzten Messungen und anderer schwer zu umgehender Fehlerquellen der Werth der Messungsresultate sehr in Frage gestellt wird. Unsere diesbezüglichen Erfahrungen haben so wenig constante und nennenswerthe Resultate bei den Temperaturbestimmungen der paralytisch Geisteskranken ergeben, dass wir dieselben für gänzlich irrelevant erklären dürfen. Sicher ist, dass die Paralyse als solche vollkommen fieberfrei verläuft. Wirkliche Fieberbewegungen kommen der Paralyse nicht zu; und wo die Temperatur bedeutender ansteigt, muss an eine intercurrirende somatische Krankheit gedacht werden. Nur nach cumulirten Krampfanfällen und in einigen Fällen 1—2 Tage vor dem Exitus steigt die Temperatur oft sehr beträchtlich an. Ebenso wenig wie eine Steigerung, lässt sich ein auffälligeres Sinken der Temperatur im Verlaufe der Paralyse constatiren.

Viel sichereren und beträchtlicheren Aenderungen sind die

vasomotorischen Zustände in weitesten Sinne unterworfen. Die Circulation zeigt an und für sich Schwankungen von grosser Breite. Nicht selten begleitet eine auf 100 und darüber erhöhte Pulsfrequenz die paralytische Geistesstörung vom Anfang bis zum Ende; eine Erhöhung, die von Aufregungszuständen mit besonders vermehrter motorischer Entladung unabhängig ist. Die erhöhte Pulsfrequenz wird häufig bei ganz ruhigen, apathischen Kranken beobachtet. In anderen Fällen wird andauernd eine beträchtliche Herabminderung der Pulsfrequenz beobachtet. In auffällig häufiger Constanz wurde eine solche Herabminderung bis auf 48 Pulsschläge beobachtet, ohne dass wir im Stande wären, eine Erklärung dieser merkwürdigen Constanz zu geben. Weder die Erhöhung, noch die Herabsetzung der Pulsfrequenz aber konnte irgendwie in bestimmte Beziehungen zur Symptomengruppe oder zur Verlaufsweise des Krankheitsprocesses gebracht werden.

Viel wichtiger und von grossem Einfluss auf den ganzen Verlauf des Processes sind jene, in ihrem Wesen noch gar nicht aufgedeckten vasomotorischen Störungen, die die mannigfaltigsten Ernährungsstörungen nach sich ziehen. Unter ihrem Einflusse entstehen jene mannigfaltigen chronischen und acuten Oedeme, die nicht nur den Gesammtzustand der Kranken verschlimmern, sondern auch ein rasches und unerwartetes Ende durch foudroyantes Hirn- oder Lungenödem herbeiführen. Ohne dass eine objective Veranlassung nachweisbar wäre, sieht man bei paralytisch Geisteskranken Oedeme im Gesichte und an den Extremitäten auftreten, die nur sehr schwer wieder schwinden. In kurzer Zeit können solche Oedeme in abhängigen Körpertheilen sehr bedeutende Dimensionen annehmen.

Doch treten diese durch vasomotorische Störungen bedingten Ernährungsanomalien auch in anderen Erscheinungen hervor. Ein insbesondere bei Paralytikern häufiges Vorkommniss, das früher Gegenstand wiederholter psychiatrischer Discussion bildete, die Hämatome der Ohrmuschel, kommen sicher zum Theile auf Rechnung dieser allgemeinen Ernährungsstörung. Es wird damit dem spontanen Zustandekommen dieser Othämatome keineswegs das Wort geredet und der Ausschlag traumatischer Momente

nicht geläugnet; doch legt einerseits die grosse Seltenheit dieser Hämatome bei sonst gesunden Individuen, die grosse Häufigkeit derselben vorzugsweise bei diesen Kranken den Gedanken an eine andere, tiefer liegende Ursache nahe. Dieser Gedanke gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn man das Zustandekommen dieser Hämatome nach sehr geringfügigen traumatischen Einwirkungen beobachtet. So sahen wir Othämatome zu Stande kommen in Fällen, in welchen der Kranke eine Nacht mit dem Ohre auf der Bettkante auflag und in welchen jedes brutalere Trauma mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Weiters sieht man Knochenbrüche, insbesondere Fracturen und Infractionen der Rippen und der Schlüsselbeine selbst nach geringfügigen und unter normalen Verhältnissen nicht genügenden traumatischen Einwirkungen zu Stande kommen, und kann man sich am Cadavr noch von der enormen Brüchigkeit der Rippen bei paralytisch Geisteskranken überzeugen.

Als ein weiteres Symptom der mit der paralytischen Geistesstörung einhergehenden vasomotorischen Alteration sind die in den Terminalstadien, mit der Unfähigkeit, das Bett zu verlassen, auftretenden Decubituswunden. Wohl ist es selbstverständlich, dass das Einhalten der gleichen Lage, die häufigen Verunreinigungen der Kranken für das Zustandekommen dieser oft enorm ausgebreiteten und bis auf den Knochen gehenden Substanzverluste mit in Betracht zu ziehen sind; doch beweist die rasche Entwicklung derselben und deren Auftreten an jeder auch geringerem Drucke ausgesetzten Stelle, an den Schultern, den Ellbogen, den Malleolen, dass der bestehenden allgemeinen Ernährungsstörung ein nicht unwichtiger Antheil zugesprochen werden muss. Es ist nicht zu läugnen, dass gerade hierin die Behandlung viel thun kann. Nicht indem sie Bestehendes oft vergeblich zu ändern sucht, sondern indem sie vorherzusehenden Uebeln vorbeugt. So konnten wir uns auf's Unzweifelhafteste überzeugen, dass das mehr consequente als überdachte Ankämpfen gegen die Schlaflosigkeit der Paralytiker mit Chloralhydrat diese Decubituswunden viel früher und in viel grösserer Ausbreitung zur Entwicklung kommen lässt und so in irreparabler Weise den Allgemeinzustand der Kranken mehr ver-

schlimmert, als die wohl ungemein hartnäckige durch viele Monate protrahirte Schlaflosigkeit, die im Ganzen und Grossen ganz gut ertragen wird. Wir werden darauf noch bei der Behandlung der paralytischen Geistesstörung zurückkommen.

Das Vorkommen der paralytischen Geistesstörung, deren Symptomencomplex wir im Vorhergehenden dargelegt haben, ist nach Geschlecht und Alter sehr verschieden. Schon bezüglich des Geschlechtes der von Paralyse Befallenen ergeben sich enorme Häufigkeitsdifferenzen. Während die Zahl der Geisteskranken überhaupt bei beiden Geschlechtern annähernd gleich ist, zeigt sich bei der numerischen Vergleichung der männlichen und weiblichen Paralytiker ein Zahlenunterschied, wie bei keiner anderen psychischen Erkrankungsform, deren Entstehen so wenig von erkennbaren äusseren Ursachen abhängt, wie eben die paralytische Geistesstörung. Nach Hagen's statistischer Zusammenstellung kommen bei einem Krankenstande von 849 männlichen und 683 weiblichen Irren auf 162 paralytische Männer nur 28 paralytische Frauen. Unsere eigene Erfahrung ergibt eine noch geringere Zahl von weiblichen Paralytikern. Zum Verständnis dieser merkwürdigen Erscheinung kann wohl nur die Erwägung all der das Centralnervensystem schädigenden Einflüsse beitragen, die mit der höheren Inanspruchnahme des männlichen Gehirns auf's Innigste verknüpft sind. Denn zieht man den weiteren Umstand in Betracht, dass das Auftreten der paralytischen Geistesstörung in grösster Häufigkeit in den Zeitabschnitt zwischen dem 30.—45. Lebensjahre fällt, also in die Epoche der angestrengtesten Thätigkeit des Erwerbs und der Lebensstellung, dann erscheint die Richtigkeit der Annahme erhöht, dass die paralytische Geistesstörung in der anhaltend angestrengten Thätigkeit des Gehirns ihre hauptsächlichste Ursache hat, dass sie die Kehrseite des Kampfes um das Dasein bildet und liegt darin allein schon ein Erklärungsgrund für das so bedeutende Vorwiegen des männlichen Geschlechts in der Zahl der paralytisch Geisteskranken.

Bezüglich des Symptomencomplexes und der Verlaufsweise der paralytischen Geistesstörung ist ein Unterschied bei beiden

Geschlechtern nicht zu constatiren. Die weiblichen Paralytiker stehen den männlichen weder in der Production der Grössenideen noch der hypochondrischen Vorstellungen nach und lassen weder in der Combination der Wahnvorstellungen noch in dem Auftreten und in der Weiterentwicklung der motorischen Störungserscheinungen ein charakteristisches oder auch nur irgendwie erkennbares Unterscheidungsmerkmal constatiren.

Das Alter, in welchem die Paralyse am häufigsten auftritt, wurde oben als das des mittleren Lebensalters, vom 30.—45. Lebensjahr bezeichnet. Häufiger fällt die paralytische Geistesstörung in eine spätere Periode, als in die Zeit vor dem 30. Lebensjahre. Doch werden deren charakteristische Symptome verwischter, wenn die Entwicklung der Paralyse in das Senium fällt und von den Erscheinungen des senilen Marasmus überwuchert werden. Es treten dann die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten der Unterscheidung einer paralytischen Geistesstörung von dem senilen Blödsinn mit Lähmungen oft stark hervor. Fälle von früher paralytischer Geistesstörung kommen, wenn auch seltener, ganz bestimmt vor und wurden von verschiedener und verlässlicher Seite beobachtet. Wir sahen mehrere Fälle, in welchen die volle Entwicklung einer unzweifelhaften Paralyse in die letzten drei Jahre des 3. Lebensjahrzehnts fiel und beobachteten endlich das Rarum einer paralytischen Geistesstörung, deren unverkennbare Initialsymptome im 16. Lebensjahre eines virginalen Mädchens zu constatiren waren. Trotz der Isolirtheit dieses Falles können wir mit vollster Sicherheit die Richtigkeit dieser Beobachtung betonen, weil die Umstände in besonders günstiger Weise zur Erhärtung der Diagnose zusammenwirkten und einen Irrthum, soweit sich ein Krankheitsfall aus Beginn, Verlauf, Symptomenreihe und Obductionsbefund beurtheilen lässt, als sehr unwahrscheinlich annehmen lassen.

Es handelt sich um ein uns von der Geburt ab bekanntes Mädchen, das durch keinerlei schwerere Momente zu Gehirnkrankheiten disponirt war und sich, wenn auch nicht in besonders hervorragender Weise, so doch normal entwickelte. Bei demselben traten im 16. Lebensjahre Symptome auf, die bei

vorgeschrittenerem Alter sofort zur Diagnose einer paralytischen Geistesstörung veranlasst hätten, bei der Jugendlichkeit der Patientin aber hohe Reserve bezüglich eines diagnostischen Ausspruches auferlegten. Die Kranke erschien vergesslich, verwechselte die Gegenstände im Gebrauche, konnte sich schwer orientiren, hatte Tremores der Zunge und der Hände und leichte Pupillendifferenz. Der weitere, fast drei Jahre dauernde Verlauf vollzog sich ganz vor unseren Augen. Es traten bald entschiedene Grössenwahnvorstellungen mit dem der Paralyse eigenthümlichen läppischen Charakter auf; die Demenz machte gleich den motorischen Störungen stetige Fortschritte; zur anfänglichen Pupillendifferenz trat Facialparese, articulatorische Sprachstörung, Parese der oberen und unteren Extremitäten auf. Das terminale Stadium gestaltete sich in allen Details wie das vieler Paralytiker bei zunehmendem Hydrocephalus (Aengstlichkeit, tetanisches Muskelverhalten) und der Obductionsbefund zeigte keinen von anderen Paralysen abweichenden Zug. Es fand sich Trübung der inneren Hirnhäute, Atrophie vorwiegend der Stirnlappen, starker interner Hydrocephalus und chronisch-myelitische Affection des Rückenmarks.

Aus diesem und aus ähnlichen Fällen geht hervor, dass die Paralyse keineswegs ausschliesslich in der Zeit des mittleren Lebensalters auftritt, sondern dass in seltenen Fällen dieselbe auch vor dem 30., und wie der eben angezogene Fall beweist, auch vor dem 20. Lebensjahre auftreten kann. Freilich bestätigen solche Ausnahmsfälle nur die Regel und erschüttern kaum die Richtigkeit der Erfahrung, dass man bei Geistesstörungen, die im reifen Mannesalter zur Entwicklung und zum Ausbruch kommen, in erster Linie an paralytische Geistesstörung denken muss.

Die Ursache der paralytischen Geistesstörung, wenn man unter einer solchen ein unmittelbar wirkendes Moment oder eines, dessen Zusammenhang mit der Störung in unzweifelhafter Weise festzustellen ist, versteht, ist vollkommen dunkel. Ein aetiologisches Moment, das als wirkliche causa efficiens der Paralyse betrachtet werden könnte, ist unbekannt. Die Annahme einer Reihe von Fachmännern, dass der Paralyse immer Lues

zu Grunde liege, hat sich für alle Fälle als unrichtig erwiesen. Nicht nur dass Lues in vielen Fällen von Paralyse mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, hat sich die der paralytischen Geistesstörung in vielen Erscheinungen ähnliche luetische Gehirnaffection von derselben diagnostisch genau unterscheiden lassen. Alle anderen schweren aetiologischen Momente, wie Heredität, infantile Gehirnerkrankungen, Alcoholmissbrauch sind für das Zustandekommen der wirklichen, classischen Paralyse nur von geringem Belang. Von grösserer causaler Bedeutung ist das Schädeltrauma (Sturz und Schlag) und die Ueberanstrengung des Gehirns. Bezüglich des Trauma's wollen wir nur erwähnen, dass darunter jenes zu verstehen ist, welches blos mit reiner Gehirnerschütterung einhergeht und dass hingegen jene Traumata ausgeschlossen werden müssen, welche mit Läsionen des Gehirns und mit Blutaustritten in die Hirnhäute oder in die Gehirnsubstanz selbst einhergehen, weil die Folgezustände solcher weitgehender Processe unter einen andern, hier nicht weiter zu behandelnden Gesichtspunkt fallen.

Die Bedeutung der Ueberanstrengung für die Entstehung der paralytischen Geistesstörung wurde schon bei Betrachtung des zeitlichen Auftretens der Störung hervorgehoben. Es wurde erwähnt, dass der Umstand, dass die Paralyse mit der Zeit der vollendeten Entwicklung und der höchsten und andauerndsten Anstrengungen zusammenfällt, allein schon einen deutlichen Hinweis auf das hauptsächlichste Ursachsmoment enthalte. Und je genauer und unbefangener wir die möglichen aetiologischen Momente erwägen, die bei der paralytischen Geistesstörung in Betracht kommen, umsomehr wird sich zeigen, dass keiner zufälligen Ursache so viel Werth zugemessen werden kann, als der, die in den fortgesetzten und hochgespannten Anforderungen liegt, die das Individuum an sein Gehirn stellt; und wird sich weiter zeigen, dass die paralytische Geistesstörung par excellence eine Folge der anhaltenden und übermässigen Inanspruchnahme des Gehirns ist.

Der Verlauf der paralytischen Geistesstörung ist ein chronischer und progressiver, und erstreckt sich unter steter Zunahme sämmtlicher Krankheitserscheinungen auf

Jahre. Doch zeigt die Verlaufsdauer nicht unbeträchtliche Schwankungen. Denn wenn die mittlere Verlaufszeit von 3 bis 4 Jahren für die meisten Fälle paralytischer Geistesstörung zutrifft, so sind doch Abweichungen nach oben und nach unten gar nicht selten. Abgesehen von den Abkürzungen, die der Verlauf durch intercurrirende somatische Krankheiten (am häufigsten Pneumonien, Nephritiden, Erysipel) erfährt, können Zufälle, die in den Rahmen der krankhaften Gehirnvorgänge hineingehören, das Ende des Verlaufes in unerwartet plötzlicher Weise herbeiführen. Zu diesen Zufällen gehören die schon erwähnten acuten und peracuten Hirnödeme und die cumulirten Anfälle von Bewusstlosigkeit mit allgemeinen Convulsionen. Von diesen zufälligen Verlaufskürzungen abgesehen gibt es Fälle von überstürztem, rascherem Verlaufe. Kranke, die mit grosser exaltatorischer Aufregung in die Paralyse eintreten und die von vorne herein einen auffälligen und rasch zunehmenden Verfall der Körperkräfte erkennen lassen, werden oft schon nach einigen Monaten, nach einem Jahre am Ende des Decursus angekommen sein. Und endlich ist noch auf einzelne Ausnahmsfälle aufmerksam zu machen, in welchen die Affection mit furibunder Tobsucht beginnt und in welchen die Tobsucht in ungebrochener Kraft Tag und Nacht durch Tage und Wochen andauert und nur mit der totalen Erschöpfung der Kranken endigt und nach jähem, kaum wochenlangem Verlaufe den tödtlichen Ausgang herbeiführt. Diese Fälle gehören wohl zu den seltensten Ausnahmen, doch kommen sie immerhin ab und zu zur Beobachtung und sind dann wegen der Kürze der Beobachtungszeit und der turbulenten Erscheinungen oft diagnostisch schwer zu beurtheilen. Doch wird die Constatirung einzelner, wenn auch geringer Lähmungserscheinungen, die Aeusserung der charakteristisch barocken Grössenideen, das Alter solcher Kranken, welches die Annahme eines passagèren, maniakalischen Zustandes nicht mehr leicht zulässt, — alle diese Momente werden in den meisten Fällen eine richtige Beurtheilung ermöglichen.

Zur Verlängerung der mittleren Verlaufsdauer kann, wenn abkürzende Momente nicht intercurriren, die entsprechende Unterbringung und Behandlung der Kranken sehr viel beitragen.

Bei Vermeidung aller der äusseren Schädlichkeiten, die den Verlauf der paralytischen Geistesstörung ungünstig beeinflussen; bei Hintanhaltung aller Zufälligkeiten, die in unvorhergesehener Weise das lethale Ende herbeiführen (Selbstverletzungen der Kranken, Erstickuug beim Essen etc.); bei guter Ernährung und sorgsamster Pflege und Reinhaltung, erstreckt sich der Verlauf der Paralyse oft auf 6 bis 8, ja auch auf 10 bis 12 Jahre. Die Seltenheit dieses protrahirten Verlaufes allein aber vermag auf die Schwierigkeiten einer solchen Pflege und Behandlungsweise auf's Nachdrücklichste aufmerksam zu machen.

Aus dem Vorangegangenen ist wohl ersichtlich geworden, dass die Prognose der paralytischen Geistesstörung äusserst ungünstig ist. Wir haben in dieser psychischen Krankheitsform eine Affection des Centralnervensystems in toto kennen gelernt, die durch das Hinzutreten von Lähmungserscheinungen von vorne herein als eine schwere und tiefgreifende erkannt worden ist und haben in dem stetigen Fortschreiten der Krankheitssymptome den Beweis dafür, dass es sich in diesen Fällen um einen stets zunehmenden Process handle. Trotz dieser absolut ungünstigen Prognose sind doch einige Gesichtspunkte immer im Auge zu behalten, die das Trübe der Aussicht wohl nicht ganz aufheben, aber doch in Etwas mildern.

So schwer auch die Erkrankung des Gehirns in der Paralyse sein mag, so liegt doch in derselben Nichts, was eine Heilung, wenn auch eine solche mit grösserem oder geringerem Defect, vollständig ausschliessen würde. Es kann die Krankheit nicht nur auf einer nicht weit vorgeschrittenen Entwicklungsstufe zum Stillstande kommen, sondern auch, so weit sich aus den Erscheinungen schliessen lässt, zurückgehen. Die Unmöglichkeit eines solchen Vorkommnisses sehen wir nicht ein. Doch ist in dieser Beziehung die Erfahrung massgebend und die ist erstens niemals als abgeschlossen zu betrachten, zweitens bietet sie nur äusserst selten Fälle von länger dauernder Restitution. Wir wären nicht so rigoros, eine Restitution nicht anzunehmen, wenn die Erscheinungen der Paralyse bis auf geringe Pupillendifferenz oder Myosis und geringe psychische Schwäche geschwunden sind. Wir würden, wenn das Individuum nicht nur keine (ausser den

genannten geringen Restsymptomen) Krankheitserscheinungen mehr zeigt, sondern auch mit entsprechender Einsicht auf seinen Zustand zurückblicken kann und wieder seinem Berufe nachzugehen vermag, — wir würden selbst eine solche „Heilung mit Defect“ als Heilung ansehen, wenn die Erfahrung nicht in fast allen Fällen zeigen würde, dass der Zustand von Restitution nur von beschränkter Dauer ist. Mit Ausnahme eines einzigen Falles haben wir alle zeitweilig „genesenen“ Paralytiker innerhalb zweier Jahre mit allen Erscheinungen der paralytischen Geistesstörung wieder erkranken und mit tödtlichem Ausgange enden gesehen. Ueber diesen einen Ausnahmsfall, der nach vorgeschrittener Paralyse mit Myosis und geheiltem Othämatom, als den einzigen restlichen Spuren der überstandenen schweren Erkrankung, wieder seinem Berufe als „geheilt“ zurückgegeben wurde, sind wohl schon etwa vier Jahre vergangen und wir haben ihn in dieser Zeit des Oefteren als tüchtigen und brauchbaren Arbeiter gesehen; nichtsdestoweniger halten wir unsere diesbezügliche Erfahrung noch nicht für abgeschlossen und sind der Meinung, dass derselbe über kurz oder lang doch noch den Rest seiner Paralyse bis zum Ende durchzumachen haben wird.

So weit unsere Erfahrung reicht, lässt sich also sagen, dass Stillstände und Remissionen im Verlaufe des paralytischen Krankheitsprocesses wenn auch nicht häufig, doch immerhin vorkommen; dass aber in allen Fällen, bis auf den mehrfach erwähnten Ausnahmsfall, nach verschieden langer Dauer der scheinbaren Heilung, der unterbrochene Gang der paralytischen Geistesstörung seinen weiteren funesten Verlauf nimmt. Es ist selbstverständlich, dass damit die Unmöglichkeit einer vollständigen Heilung nicht nachgewiesen ist, was ja auch gar nicht in unserer Absicht liegt; wir wollten nur auf die Schwierigkeit einer diesbezüglichen sicheren Beurtheilung hinweisen. Gewiss aber ist, dass im Verlaufe und im Symptomencomplexe eines Falles von paralytischer Geistesstörung keinerlei Anhaltspunkt gegeben ist, der eine Remission oder Heilung vorher erkennen liesse.

Aus alledem geht hervor, dass einem therapeutischen Vorgehen wenige Angriffspunkte geboten

sind. Wo auf Heilbarkeit so wenig Verlass ist, wird auch von einem zielbewussten Heilverfahren kaum die Rede sein können. Und eine etwa eingeschlagene Therapie wird sich daher von vorneherein nicht gegen den Process der Paralyse, sondern gegen einzelne alarmirende oder mit Erfolg zu bekämpfende Symptome zu richten haben. Von der ganzen Reihe der therapeutischen Versuche bleiben von vorne herein die motorischen Störungen ausgeschlossen. Dieselben sind in ihrem Wesen zu wenig gekannt und zu sehr ausgebreitet, als dass man sich von irgend einem Heilverfahren viel versprechen dürfte. In erster Linie aber ist abzusehen von der hydrotherapeutischen und elektrischen Behandlung. Die erstere ist direct schädlich, die andere vollkommen unnütz. Insbesondere wollen wir darauf aufmerksam machen, dass die Ueberlieferung eines paralytisch Geisteskranken in eine hydriatische Behandlung im Beginne der Erkrankung ebenso, wie im vorgeschrittenen Stadium niemals zulässig und durch einen diagnostischen Irrthum allenfalls zu erklären, aber nicht zu entschuldigen ist. Die Erfahrung lehrt, dass der Process unter dem Einfluss der hydrotherapeutischen Manipulationen rascher zu vollster Entwicklung kommt und in überstürzter Weise verläuft.

Von einer elektrischen Behandlung wird der denkende Praktiker wohl absehen, wenn er überlegt, dass es sich in der paralytischen Geistesstörung weder um eine Muskel noch um eine Nervenaffection handelt und dass die Einwirkung der Elektricität auf das Centralnervensystem viel zu unsicher und in ihren Folgen zu ungekannt ist, um auf dieselbe ein ganzes Heilverfahren zu gründen. Doch wissen wir nicht von einer schädlichen Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Anwendung der Elektrotherapie zu berichten und kann dieselbe als Explorativverfahren und aus diagnostischen oder anderen Forschungsgründen ohne Schaden für den Kranken in Anwendung gebracht werden. Wir haben in einer grossen Reihe von Paralytikern, die aus andern als therapeutischen Gründen fortgesetzt elektrisirt wurden, niemals auch nur einen vorübergehenden Einfluss auf den Verlauf der Krankheit constatiren können.

Ein Symptom der paralytischen Geistesstörung, das bei der Unruhe und Benommenheit der Kranken äusserst störend ist,

und wegen des langen und hartnäckigen Bestandes auch für die ganze Constitution der Patienten bedrohlich erscheint, ist die Schlaflosigkeit. Gegen diese richtet sich daher die Behandlung, ob der Kranke nun zu Hause oder in einer Anstalt sich befindet. Bei Bekämpfung dieses Symptoms bereitet die Erfahrung endlose Ueberraschungen. Nicht nur dass die Kranken die Schlaflosigkeit durch Monate und Jahre sehr gut ertragen, wenn allzu grosse Unruhe und Bewegungsdrang nicht die Kräfte erschöpfen, sondern es lassen die narcotischen Mittel auch vollständig im Stich. Von Morphium, in welcher Form immer gegeben, haben wir nie einen Erfolg gesehen. Selbst eine intoxicatorische Dosis bringt niemals Schlaf. Opium, Extract. cannabis, grosse Dosen von Bromkali erweisen sich als vollkommen wirkungslos. Das Chloralhydrat wirkt im Beginne die ersten Male zu 2·0 Grm., verliert aber diese Wirkung schon nach wenigen Tagen und tritt selbst bei Erhöhung der Dosis auf 3 Grm. nicht wieder ein. Vor grösseren Gaben von Chloral müssen wir warnen, weil der Ausgang der Wirkung unsicher ist und üble Zufälle nicht selten sind, während doch die blos narcotische Wirkung nicht sicherer wird. Ueberhaupt aber ist zu bedenken, dass bei der Hartnäckigkeit und dem langen Bestande der paralytischen Schlaflosigkeit Narcotica durch lange Zeit fortgesetzt werden müssten und die mit denselben immer verbundenen Folgeübel nicht ausbleiben können. Insbesonderer gilt dies vom Chloralhydrat. Die Beruhigung über die gute Wirkung des Chlorals, in die man durch die unverlässlichen Berichte des Pflegepersonals, das den eigenen Schlaf gerne den zu überwachenden Kranken imputirt, versetzt wird, täuscht oft über den wahren Erfolg und fordert zu fortgesetzter Verabreichung des Mittels heraus. Bei dem schon so oft hervorgehobenen und nachgewiesenen gefässlähmenden Einfluss des Chlorals, stellen sich Stasen in besonders auffälliger Weise in der Haut ein, die in ausgebreiteten Decubituswunden zur weiteren Entwicklung kommen. Wir wollen nur auf die feststehende und hundertfach bestätigte Thatsache hinweisen, dass wir in der Klinik des Professors Leidesdorf die Fälle von Decubitus bei Paralytikern in dem Masse seltener werden sahen, als der

Chloralgebrauch herabgemindert und endlich ganz abgestellt wurde. Während bei grösserem Chloralconsum jeder 3.—4. Paralytiker bettlägerig war und tiefgehende Decubituswunden trug, die die Räume verpesteten und das lethale Ende der Kranken beschleunigten; gehörten in späterer Zeit, als Chloral ein bei Paralytikern fast nie angewendetes Mittel wurde, solche Substanzverluste zu den grössten Seltenheiten.

Sichereren Erfolg bei Schlaflosigkeit hatten wir immer mit einer Mischung von 2·0 Chloralhydrat und 0·02 Grm. Morphin, das wir bei hartnäckiger Agrypnie in mehrtägigen Intervallen immer wieder verabreichten. Wir sahen darauf oft mehrstündigen, ruhigen Schlaf eintreten. Doch ist auch auf dieses Mittel kein vollkommen sicherer Verlass.

Ab und zu sahen wir nach einer Einpackung nach Gräfenberg, in der die Kranken durch ½—1 Stunde belassen wurden, mehrstündigem Schlaf auftreten. Doch war dieses wichtige Beruhigungsmittel in der paralytischen Geistesstörung von unsicherem Erfolge und blieb, wenn es durch mehrere Tage wiederholt wurde, die Wirkung vollständig aus.

Gegen die anhaltende Erregung der Paralytiker, sei diese nun eine exaltative oder depressive, wird man vergeblich nach einem Remedium suchen. Es kann sich bei grossem Bewegungsdrang, vorgeschrittener Unorientirtheit und sensorieller Benommenheit nur darum handeln, den Kranken vor zufälligen Beschädigungen und Verletzungen möglichst zu bewahren. In dieser Richtung wird an die Geduld und Umsicht der Pfleger des Kranken die grösste Anforderung gestellt. Soll der sorgsame Schutz den tausend Fährlichkeiten, denen der Kranke sich selbst aussetzt oder denen er in Folge äusserer Verhältnisse ausgesetzt ist, vollkommen entsprechen, dann muss ein seltenes Opfer unermüdlicher Ausdauer und hingebendster Umsicht von Seite der Umgebung gebracht werden und selbst dann wird dieser Zweck kaum jemals vollständig erreicht.

Treten im vorgeschrittenen Stadium der Paralyse Schlingbeschwerden auf, dann muss die Ernährung der Kranken mit grösster Vorsicht vorgenommen werden. Es darf der Patient nie allein beim Mahle sein und jeder Bissen muss überwacht

werden. Da es sich gezeigt hat, dass üble Zufälle leichter bei Verabreichung fester Speisen vorkommen, so waren wir bedacht durch flüssige Nahrung denselben vorzubeugen. Wir gaben Suppe, Milch, Ei, Wein und fein geriebenes Fleisch in viel Flüssigkeit und haben bei dieser Kost niemals Erstickungsgefahr eintreten gesehen und der Ernährungszustand der Kranken war dabei sehr befriedigend.

Die Decubituswunden sind nach den bekannten chirurgischen Grundsätzen zu behandeln und bei diesen Kranken die scrupulöseste Reinhaltung, wenn auch in anstrengendster Weise, zu beobachten. Durch häufigen Wechsel der Lage wird die Heilung schon bestehender Substanzverluste wesentlich gefördert und das Auftreten neuer hintangehalten.

Besonderes und entschlossenes Eingreifen erfordern die erwähnten, serienweise auftretenden Krampfanfälle der Paralytiker, weil, wie hervorgehoben wurde, ein solcher Anfallsstatus, das Leben der Kranken bedroht. Sehr gute Erfolge haben wir sowol in den hierher gehörenden Fällen, als auch in den Fällen von epileptischen Convulsionen von einer Morphiuminjection gesehen, noch bessere und promptere von einem Clysma mit 2—3 Grm. Chloralhydrat. Die Anwendung von Medikamenten durch den Mund ist wegen der Unmöglichkeit zu schlucken oder den Mund zu öffnen von vorneherein ausgeschlossen. Wir sahen sehr oft nach einem Chloralclysma die Krampfanfälle sofort sistiren und die Kranken wieder sich vollkommen erholen.

Die Differentialdiagnose der paralytischen Geistesstörung verdient aus mehrfachen theoretischen und praktischen Gründen besonders eingehende Würdigung. Die selbständige klinische Bedeutung der richtigen Diagnose liegt auf der Hand und wird dieselbe nur erhöht durch die praktischen Hinweise auf die Möglichkeit der Verwechselung der Paralyse und ihr ähnlicher Symptomencomplexe von verschiedener Prognose und Behandlung.

Der paralytischen Geistesstörung am ähnlichsten in Erscheinungen und Verlauf ist die Form der diffusen luetischen Affection des Gehirnes, wie sie von Heubner beschrieben wurde. Die symptomatologische Aehnlichkeit der beiden

Erkrankungsweisen des Gehirns ist so gross, dass insbesondere schwedische Psychiater die Paralyse überhaupt für eine Form der Lues erklärten. Dass dem nicht so sei, beweisen zahlreiche Fälle von classischer Paralyse, in welchen jede luetische Infection mit vollster Sicherheit ausgeschlossen werden kann Es braucht aber auch nicht bewiesen zu werden, dass nicht alle jene Fälle von paralytischer Geistesstörung auf Lues zurückgeführt werden können, in welchen geringe Spuren überstandener Syphilis nachweisbar sind. Zur Annahme einer specifischen Grundlage einer vorliegenden Gehirnaffection wird man sich erst entschliessen, wenn schwere Erscheinungen einer Infection vorausgingen, wenn luetische Affectionen des Periosts und der Knochen, hartnäckige Exantheme, tiefgehende Substanzverluste oder notorisch syphilitische Augenerkrankungen (Iritis, Chorioiditis, Retinitis spec.) dem Ausbruche der Cerebralerkrankung vorangegangen waren oder mit der Gehirnaffection gleichzeitig bestehen. Dazu kommt, dass der Symptomencomplex der diffusen luetischen Gehirnerkrankung in einzelnen Details von dem der classischen Paralyse abweicht. So sind es insbesondere Lähmungen der Augenmuskeln, die fast ausnahmslos das Bild der Gehirnlues compliciren, während sie in der wirklichen Paralyse niemals beobachtet werden. Wir haben unter vielen Hunderten von Paralytikern keine Ptosis und keinen Strabismus gesehen, und sie waren regelmässige Erscheinungen der wenigen Fälle von Gehirnlues, die wir zu beobachten Gelegenheit hatten. Es ist weiter zu beachten, dass die Erscheinungen in der luetischen Gehirnaffection oft halbseitig sind, während dauernde halbseitige Lähmungserscheinungen in den meisten Fällen berechtigte Bedenken gegen die Richtigkeit der Diagnose: „paralytische Geistesstörung“ erregen.

Prognose und Verlauf der luetischen Gehirnaffection bieten ebenfalls, wenn auch keineswegs fixe und für alle Fälle verlässliche, Unterscheidungsmerkmale. Die Prognose der in Rede stehenden Erkrankung ist überhaupt ungleich günstiger, als die der Paralyse. Unter energischer antisyphilitischer Behandlung und oft auch ohne jedes therapeutische Eingreifen sieht man

die Erscheinungen weit vorgeschrittenen Blödsinns mit Lähmungen in überraschender Weise vollständig zurückgehen. Wir beobachteten einen solchen Kranken, der mit Periostitiden, mit Iritis und Chorioiditis specifica behaftet, an Blödsinn mit Lähmungen vollkommen der Paralyse entsprechend litt, und der trotz des hochgradigen Verfalles der psychischen Kräfte und weit vorgeschrittener Lähmungszustände mit häufigen Anfällen von allgemeinen Convulsionen, doch nach mehr als zweijährigem Bestande des Gehirnleidens wieder vollkommen hergestellt ward und sich auch heute noch — nach mehreren Jahren — wohl befindet.

Der Aehnlichkeit einer Form des chronischen Alcoholismus und der classischen Paralyse wird bei Betrachtung der Alcoholintoxication noch ausführlicher gedacht werden. Hier sei nur erwähnt, dass der Blödsinn mit Lähmungen, wie er auf der Basis des chronischen Alcoholismus sich entwickelt, in seinen klinischen Erscheinungen nichts von dem Lebendigen, Floriden der paralytischen Geistesstörung hat und dass seinem Verlaufe auch der typisch progressive Charakter der Paralyse fehlt.

Der im Senium so häufige Blödsinn mit Lähmungen unterscheidet sich von der classischen Paralyse schon durch das aetiologische Moment des Seniums. Die Paralyse ist, wie dies früher ausgeführt wurde, die Krankheit des mittleren Alters; sie tritt nur äusserst selten nach dem 55. Lebensjahre auf, zu einer Zeit also, wo die Senescenz, beim Manne mindestens, kaum noch beginnt. Die in der senilen Erkrankung so häufigen encephalitischen und apoplectischen Läsionen des Gehirnes werden durch die localisirteren motorischen Erscheinungen ebenfalls einen differentialdiagnostischen Hinweis enthalten, so wie halbseitige oder dauernd localisirte motorische Ausfallssymptome überhaupt auf localisirte Hirnprocesse aufmerksam machen werden, auch wenn die Störung nicht auf senile Involution zurückgeführt werden kann. So entwickelt sich nicht selten im Anschlusse an einen apoplectischen Insult das psychische Bild der paralytischen Geistesstörung. Neben der apoplectischen Hemiplegie besteht zunehmende Demenz mit den charakteristi-

schen Grössenideen, der Aufregung und der sensoriellen Benommenheit, so dass blos die halbseitigen motorischen und die eventuellen Sensibilitätsstörungen darauf aufmerksam machen, dass es sich um eine, von der classischen Paralyse verschiedene Affection handle.

Das Gleiche gilt von den Hirntumoren, die durch die localisirten Lähmungs- und motorischen Reizerscheinungen zur richtigen diagnostischen Beurtheilung verhelfen. Nur in seltenen Fällen von flächenhafter Ausbreitung eines Tumors auf der Grosshirnconvexität wird die Differentialdiagnose schwer. So in einem von uns beobachteten Falle, in welchem es sich um flächenhafte Tumoren über beide Grosshirnhemisphären handelte. Doch können auch in diesen Fällen die genaue anamnestische Erhebung, die Erwägung des Entwicklungsganges der Erkrankung, die häufigen motorischen Reizungserscheinungen und der unregelmässige und schwankende Verlauf eine richtige Diagnose ermöglichen. Freilich können Irrthümer trotzdem nicht vollständig ausgeschlossen werden.

Der pathologisch-anatomische Befund der paralytischen Geistesstörung hat nur nach langem Krankheitsverlaufe einen einigermassen typischen Charakter. Bei früh verstorbenen Paralytikern, bei welchen es noch nicht zu weitgediehenen Verfallserscheinungen gekommen ist, fehlen sichere und verlässliche Befunde. Für die in typischer Weise abgelaufene Paralyse sind die Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute, die Atrophie der vorderen Hälfte der Grosshirnhemisphären und die myelitische Affection des Rückenmarkes die makroskopisch nie fehlenden Veränderungen. Die Trübung und Verdickung der weichen Hirnhäute ist immer am schärfsten längs der grösseren Piagefässe ausgesprochen, wo die Hirnhäute oft milchig weiss und sehnig erscheinen und reicht selten nach rückwärts über die hintere Centralwindung hinaus. Die Leptomeningen der Hinterhauptslappen, ebenso die der Schläfenlappen zeigen nur ausnahmsweise und geringe Trübungen. Hingegen ist sie bedeutender an der Hirnbasis, wo sich die Trübung und Verdickung nicht nur auf die Orbitalfläche der Hirnhemisphären

erstreckt, sondern auch über dem Infundibulum und besonders über der Brücke stark ausgesprochen ist. Die weichen Hirnhäute lassen sich in einer Reihe von Fällen leicht abziehen und haften nicht an der Hirnrinde; in anderen Fällen von nicht geringer Zahl haftet die oberflächliche Schicht der Hirnrinde an den abgezogenen weichen Hirnhäuten. Auch dieses Anhaften ist sehr selten an den Hinterhauptslappen zu beobachten; am häufigsten sind die Stirn- und Scheitellappen, in einzelnen Fällen auch die Schläfelappen ergriffen.

Ebenso betrifft die makroskopisch wahrnehmbare Atrophie vorwiegend die Stirnlappen und das obere Scheitelläppchen. Dieselbe spricht sich aus in der Verschmälerung der Windungen, deren Kuppen oft kantig scharf werden, und in Verbreiterung der Windungsfurchen. Oft findet man als Ausdruck weitgediehenster Atrophie erbsen- bis nussgrosse Stellen der Windungsoberflächen tief unter das Niveau gesunken und die so entstandene Lücke von Oedem der Pia aufgefüllt.

In einer nicht unbeträchtlichen Zahl der Fälle findet man die Gehirnventrikel von vermehrter Flüssigkeit ausgedehnt, die Kammerwände serös erweicht, die ventricularen Theile der Stammganglien durch den Druck des internen Hydrocephalus abgeflacht. Wieder in anderen Fällen sind die Kammerwände mehr weniger dicht besäet von minimalen Knötchen, die denselben eine Rauhigkeit verleihen, welche treffend mit der der Katzenzunge verglichen wurde. Es handelt sich hiebei um einen Wucherungsprocess des Ependyms der Kammerwände.

Am Rückenmarke beobachtet man nicht selten ausgebreitete oder mehr localisirte Trübung und Verdickung der weichen Häute und ab und zu einzelne kleine Knochenplättchen in der Pia. Die Consistenz des Rückenmarkes wechselt mit dem Oedem, das oft so hochgradig ist, dass jede Zeichnung auf dem Durchschnitte verschwunden ist und die Rückenmarkssubstanz zerfliessend weich erscheint.

Die mikroskopische Unte rsuchung lässt in den vorgeschrittenen Fällen der Paralyse fast ausnahmslos eine Gefässdegeneration erkennen, die sich inVerdickung und Verbreiterung der Gefässwände bis zu vollständigen Verschluss des

Lumens ausspricht. Die Gefässe sind eingerahmt von dichten Zügen von Fettkörnchenhaufen, die in den Abzweigungswinkeln der Gefässe besonders dicht angehäuft sind; die Gefässwand erscheint fibrillär gestreift. Die Gliazellen erscheinen vermehrt; deren Fortsätze überwiegen gegen die Zellkörper und bilden einen dichtfaserigen Filz, in welchem nur wenige und ganz kleine Kerne nachweisbar sind.

Die Veränderungen an den Ganglienzellen sind am wenigsten constant und genau zu fassen. Man findet die Zellen in der Regel gross, wie aufgebläht, unregelmässig geformt, das Protoplasma trübe, grob gekörnt, der Kern oft nur zum Theile, oft gar nicht mehr erkennbar; oft die Zelle von dunklen, grösseren Fettkörnchen ganz erfüllt. Selten gelingt es auch, solche Zellen mit ihren Fortsätzen zu Gesichte zu bekommen; die Fortsätze brechen in der Regel hart am Zellenleib ab oder nehmen noch ein Stück von demselben mit, wodurch der Eindruck der unregelmässigen Form der Zellen noch erhöht wird.

---

2. Cap.

Die Epilepsie.

Die Abhandlung der Epilepsie in psychiatrischen Handbüchern datirt schon seit lange und die Epilepsie bildete ein stehendes Capitel der Psychiatrie selbst schon zu der Zeit, als man in ihr nur eine schwere Neurose, keineswegs aber auch eine psychische Störung mit bestimmtem Charakter sah. Die psychiatrische Begutachtung auch der Neurose, die man als eine mit periodisch wiederkehrenden Krampfanfällen einhergehende cerebrale Störung kannte, fand ihren Grund in den psychischen Alienationen, die die Convulsionen einleiteten oder sich ihnen anschlossen. Ein wesentlicher Schritt nach Vorwärts in der Erkenntniss des klinischen Bildes der Epilepsie wurde gemacht, als man psychische Störungen bei notorischen Epileptikern, d. h. bei Individuen, die mit periodischen Anfällen von allgemeinen Convulsionen be-

haftet waren, auftreten sah, ohne dass in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhange ein Krampfanfall beobachtetet worden wäre und als man in der Lage war, an diesen, die Krampfanfälle gleichsam substituirenden psychischen Störungen ganz bestimmte, typisch sich wiederholende Charaktereigenthümlichkeiten nachzuweisen. Das grosse Verdienst, diesen für die ganze Auffassung der Epilepsie so wichtigen Nachweis in erschöpfender Weise erbracht zu haben, gebührt allein Samt. Denn mit diesem Nachweise war der Schwerpunkt auf die psychische Störung verlegt und mit dem genaueren Studium derselben ergab sich die selbständige klinische Betrachtung der Alienation, ohne jede Rücksicht auf gleichzeitig bestehende allgemeine Convulsionen ganz von selbst, um so mehr, als die tägliche klinische Erfahrung zu einer solchen Betrachtung drängte. Erst mit dieser gänzlichen Lostrennung des klinischen Begriffes der Epilepsie von periodisch wiederkehrenden Krampfanfällen und in der Definition derselben als einer periodischen cerebralen Störung, von stark verkürztem Anstieg bis zur vollen Entwicklungshöhe, und raschem, unvermitteltem Abfall, bei gleichbleibendem Symptomencomplexe jedes einzelnen Anfalls und nachfolgender, den Anfall deckender vollständiger oder unvollständiger Amnesie, — erst damit war der richtige Gesichtspunkt zum Verständnisse nicht nur der Epilepsie, sondern mancher anderer Störungen gegeben, die sonst nur als unbegriffene, selbständige Formen psychischer Erkrankungen betrachtet wurden.

Wenn wir die pathologischen Bedingungen kennen würden, die den epileptischen Convulsionsanfällen im Gehirne zu Grunde liegen und wenn wir den Entstehungsbedingungen der psychischen Störungen, die wir als epileptisch ansehen, nachgehen könnten; dann würde vielleicht der unumstössliche Beweis erbracht werden können, dass es sich bei beiden auch um im Wesen gleiche cerebrale Vorgänge handle. Wie die Dinge aber nun stehen, müssen wir die Anschauung stützen auf den beobachteten Symptomencomplex, auf den ganzen Verlauf der reinen psychisch-epileptischen Stö-

rung und auf die mannigfachen Beziehungen, die zwischen dieser und derjenigen Alienation bestehen, welche mit Krampfanfällen in nachweisbarem Zusammenhange steht.

Nach alledem hat man unter der Bezeichnung „Epilepsie“ eine cerebrale Störung zu verstehen, die in verschieden grossen Zeitintervallen wiederkehrt; plötzlich oder doch sehr rasch einsetzt; in überstürztem Anstieg alsbald die Acme ihrer Entwicklung erreicht; in mehr weniger unvermittelter Weise bis zum normalen Verhalten abfällt; und die mit vollständiger Aufhebung des Bewusstseins oder doch mit starker Trübung desselben einhergeht. Die Erscheinungen solcher Attaquen bei demselben Individuen sind nahezu immer dieselben und gleicht ein Anfall in Allem meist dem andern. Die Krankheitssymptome, die einen solchen Anfall zusammensetzen, sind von allerverschiedenster Art und bleiben für die Diagnose im Allgemeinen irrelevant.

Die Bedeutung der Krampfanfälle für die klinische Geschichte der Epilepsie wird durch diese Auffassung nach keiner Richtung hin geschädigt. Denn in vielen Fällen werden dieselben, so lange eine genauere Erkenntniss nicht erschlossen ist, eine zweifelhafte Diagnose vollends entscheiden; und dann haben die Störungen des psychischen Verhaltens, die sich an epileptische Convulsionen anschliessen, noch immer eine psychiatrische Bedeutung von weitgehendem klinischen und forensischen Interesse. Mit der symptomatischen Darstellung der Krampfanfälle selbst und der mit denselben oft verbundenen psychischen Störungen wollen wir die ganze Betrachtung beginnen, wobei wir von jedem physiologischen und experimentell-pathologischen Erklärungsversuche Umgang nehmen, weil ein sicheres, für das praktische Bedürfniss reifes Resultat bis nun noch nicht bekannt ist.

Der epileptische Krampfanfall setzt sich aus drei Componenten zusammen: Verlust des Bewusstseins, Aufhebung der Sensibilität und jeder Reflexerregbarkeit und partiellen oder allgemeinen Muskelkrämpfen. Häufig mit einem Schrei, oft auch lautlos stürzt der Kranke mit völlig aufgehobenem Bewusstsein zusammen; das

Athmen wird schnaufend, schwer; die Augenlider fest geschlossen und nur von leisem Zittern bewegt; der Mund, je nachdem die Schliess- oder Oeffnungsmuskeln desselben von den Krämpfen mitergriffen sind, weit aufgerissen oder zusammengepresst, und der ganze Körper von tetanischen oder convulsiblen Krämpfen befallen. Im Verlaufe des Anfalls wird das Athmen immer schnaufender, unausgiebiger, Schaum tritt vor den Mund, der, wenn der Kranke, wie dies häufig geschieht, sich in die Zunge beisst, blutig gefärbt erscheint und die anfängliche Blässe der Hautfarbe weicht allmälig einer bläulich-lividen Färbung der Haut und der Schleimhäute. Dabei erweist sich der Kranke nicht nur gegen grobe und schmerzhafte Eingriffe empfindungslos, sondern es zeigt sich auch jede Reflexerregbarkeit geschwunden. Auf Kitzeln der Fusssohlen und der Schleimhäute erfolgt eben so wenig eine Reaction, als auf Berührung der Conjunctiva der Bulbi. Man kann hiebei constatiren, dass die Augenaxen sehr verschieden gestellt sind: bald erscheinen beide Bulbi gleichmässig stark nach oben aussen resp. innen gedreht, bald in stärkster Convergenz oder Divergenz. Leichtes, dem Nystagmus ähnliches Zucken der Augäpfel fehlt selten. In den meisten Fällen sind die Pupillen sehr stark und gleichmässig erweitert und reagiren auf Licht in keiner Weise.

Die Krämpfe selbst sind entweder tonischer oder klonischer Natur, partiell oder allgemein. Es gibt Krampfanfälle mit blos tonischen Krämpfen: die Individuen liegen alsdann mit tetanischer Starrheit der Muskeln gerade gestreckt und verräth nur das aufgehobene Bewusstsein, das stertoröse Athmen, die brettartige Härte der Muskeln und der Sensibilitätsmangel das Vorhandensein eines Anfalles; oder sie sind nach einer oder der andern Seite (nach rechts oder links, nach der Bauch- oder Rückenfläche) gekrümmt, wobei die Krümmung ganz merkwürdige Dimensionen annehmen kann. Die Kranken ruhen im Opisthotonus in starkem Bogen gekrümmt, nur auf dem Hinterhaupte und den Fersen aut, oder haben nur einen Stützpunkt in der Kreuzgegend bei Lordotonus. In andern Fällen werden die Kranken von mehr weniger heftigen und rhythmischen klonischen Krämpfen ge-

schüttelt; die Extremitäten beugen und strecken sich, der Stamm wird abwechselnd von der Unterlage abgehoben und wieder auf dieselbe geworfen, die Finger sind zur Faust geballt oder stark gestreckt. In manchen Fällen ist die eine Seite von klonischen, die andere von tonischen Krämpfen ergriffen, in noch anderen bestehen bei sonst gleichem Verhalten nur geringe Convulsionen der einen Seite oder auch nur einer Extremität oder blos der Gesichtsmuskeln. In einzelnen Fällen endlich kommt es vor, dass bei Individuen, die sonst regelmässig von allgemeinen Krämpfen heimgesucht werden, ein und das andere Mal die Krämpfe überhaupt ausbleiben und der Anfall nur in Bewusstlosigkeit und Verlust der Sensibilität besteht.

Von da ab beginnen in zahlreichen Abstufungen die verschiedensten Varianten des epileptischen Anfalls. Während der eine Kranke mit dem Verlust des Bewusstseins zusammenstürzt und regungslos verharrt, bis der ganze Anfall vorüber ist und man ohne Weiteres denselben richtig erkennen und beurtheilen kann, können solche Anfälle so weit sich abstufen, dass sie nur bei wiederholter und geübter Beobachtung derselben richtig beurtheilt werden können. Nicht selten bleibt es beispielsweise bei dem den Anfall einleitenden Schrei, einer blitzähnlich raschen Zwangsbewegung und einer in ihrer Kürze kaum messbaren Bewusstseinspause. Bei anderen Kranken sind es kurze Pausen von einer bis zu mehreren Secunden, in welcher dieselben die Beschäftigung, in welcher sie begriffen sind, unterbrechen und wieder aufnehmen, als ob nichts geschehen wäre, ohne dass der unvorbereitete Beobachter diese Pause verstanden hätte. Man kann beobachten, wie solche Individuen mitten im Redefluss plötzlich stocken, wie verloren vor sich hinstarren, um alsbald die unterbrochene Rede wieder fortzusetzen; oder wie sie mitten im Kartenspiel eine solche Pause eintreten lassen und nach Verlauf von Secunden fortfahren, als ob nichts vorgefallen wäre. Diese Pausen sind den Kranken durch die sie deckende Amnesie vollkommen unbekannt und werden sie auf dieselben erst durch die Umgebung aufmerksam gemacht. Sie sind schon seit lange in ihrer wahren Bedeutung von französischen Irrenärzten als „petit mal“ in die Psychiatrie eingeführt und nie-

mals wurde Anstand genommen, diese eben erwähnten, in periodischen Intervallen von Stunden bis zu Wochen wiederkehrenden Bewusstseinspausen als „epileptischer“ Natur zu betrachten, obwohl Krämpfe vollständig fehlen können und solche an den Individuen auch gar nicht constatirt wurden. Wenn wir sagen, dass Krämpfe nicht constatirt wurden, so sind hievon jene Fälle ausgeschlossen, in denen sie wegen der besonderen Lebensweise der Individuen oder wegen Mangels jeder Gelegenheit, sie zu constatiren, unbekannt bleiben. Denn es muss aufmerksam gemacht werden auf Epileptiker, die nur von nächtlichen Anfällen befallen werden, welche, wenn die Kranken allein leben, nur schwer nachzuweisen sind. Doch wird auch hier manches Vorkommniss das bestehende Uebel aufdecken. So kann das Individuum selbst und dessen ferner stehende Umgebung aufmerksam werden durch Bisswunden der Zunge, deren Provenienz ihm resp. der Umgebung unbekannt ist; durch die unbewussten Entleerungen; durch leichtere oder schwerere Verletzungen, Luxationen, die sich der Kranke durch Sturz aus dem Bette während seines Anfalles zugezogen haben mag. Aber es gibt gewiss Individuen, bei denen heftigere Anfälle wirklich und nachweisbar vollständig fehlen, bei denen Krämpfe ganz bestimmt niemals vorhanden waren und deren oben beschriebenes Uebel lediglich in kurzen Bewusstseinspausen besteht, das nichts destoweniger als „epileptisch“ bezeichnet wird. Darin und in dem Umstande, dass den Krämpfen an sich gar nichts Charakteristisches anhaftet; dass dieselben in der Paralyse, bei Gehirnblutungen und Herderkrankungen des Gehirns und auf noch gänzlich unaufgeklärte Weise bei den verschiedensten Störungen der Gehirnfunctionen beobachtet werden, liegt ein vollgültiger Beweis, dass, so wie das Vorhandensein von Convulsionen nicht die Diagnose „Epilepsie“ begründen kann, ebenso wenig das Fehlen derselben eine Epilepsie auszuschliessen vermag. Das Typische der Epilepsie muss vielmehr in den Zügen gesucht werden, welche den symptomatisch verschiedenen Zuständen, die als zweifellos epileptisch erkannt wurden und jenen, bei welchen auf die epileptische Natur nur geschlossen werden kann, gemeinsam sind und die die Zusammengehörigkeit der äusserlich differenten

Krankheitsbilder documentiren. Und diese Züge lassen sich ohne Schwierigkeit finden und haben nicht nur einen eingebildeten, sondern einen wirklich typischen Charakter.

Allen diesen Zuständen gemeinsam ist, wie dies schon erwähnt wurde, in erster Linie die periodische Wiederkehr gleicher Symptome oder Symptomencomplexe. In Zeitabschnitten, deren Grösse von Stunden bis zu einem und mehreren Jahren schwankt, beobachtet man eine Reihe psychischer oder, allgemeiner ausgedrückt, cerebraler Störungserscheinungen, die jedesmal in gleicher Form und einem, oft bis in's geringste Detail gleichem Inhalt ablaufen. Ein weiterer Grundzug dieser epileptischen Zustände besteht in der nur diesen eigenthümlichen Verlaufsweise. Die Störung setzt plötzlich oder mit nur kurzem Prodromalstadium ein, ist in ungemein raschem Anstieg (oft schon nach Minuten, Stunden) zur vollsten Höhe gediehen, bleibt auf dieser verschieden lange (Stunden bis Monate), um ebenso unvermittelt in die vollkommene Restitution zu übergehen, als sie diese gestört hat. Es ist dies eine Verlaufsart, die sich vollständig von der aller anderen psychischen Störungen unterscheidet.

Ein dritter Zug endlich ist es, der sämmtliche epileptische Störungen scharf charakterisirt und das ist die völlige Erinnerungslosigkeit der Kranken über diese Zustände, die Amnesie. Nur in seltenen Fällen bewahren die Kranken eine dunkle, summarische Erinnerung von den Vorgängen dieser Störungsperioden. Man muss bei der Erzählung solcher Kranken äusserst vorsichtig sein; denn man entgeht oft nur schwer der Täuschung, Vieles für Erinnerung der Kranken hinzunehmen, was dieselben erst aus zweiter Hand erfahren haben und wobei sie nur Mitgetheiltes weiter vermitteln. Hält man diese Charakterzüge fest und beachtet man sie genau, so wird man nur selten im Zweifel sein, ob es sich in einem Falle um eine epileptische Störung handle oder nicht. Aber auch jedes einzelne dieser Merkmale, wenn es genau festgestellt und controlirt ist, vermag im gegebenen Falle mindestens die Aufmerksamkeit anf diesen Punkt zu lenken, — ein Punkt, dessen Wichtigkeit nicht genug betont werden kann. Denn es kommt dabei nicht blos zur Entscheidung einer etwa zweifelhaften

Diagnose, sondern mit der Feststellung derselben ist eine Reihe bis dahin unverständlicher Symptome dem Verständnisse und der klinischen Beurtheilung näher gebracht, und ergeben sich nicht zu unterschätzende Hinweise für das therapeutische, prognostische und insbesondere für das forensische Vorgehen.

Die Symptome, die eine epileptische Störung zusammensetzen, sind die verschiedensten. Am häufigsten erscheint die Störung unter dem Bilde eines tobsüchtigen Aufregungszustandes mit vollkommener Verwirrtheit und hochgradiger sensorieller Benommenheit. Die Kranken werden nach kurzdauernden, oft gar nicht bemerkten Prodromen zunehmend erregter, unzusammenhängender, es äussert sich alsbald lebhafter Bewegungsdrang und im Verlaufe weniger Stunden, oft schon nach kürzerer Zeit sind die Kranken in vollster Tobsucht, schreien, lärmen, zerstören, schlagen blind um sich und sind in einem Grade rücksichtslos aggressiv, der nur durch das stark getrübte Bewusstsein, das diese Störung stets begleitet, fassbar und begreiflich wird. Das rasche Ansteigen dieser Erregung und das blinde Wüthen macht diese Kranken doppelt gefährlich. Wir sahen Kranke dieser Art, die mitten im Gespräche, das sie in voller Klarheit und Ruhe begannen, mit einem Schlage unter heftigem Schreien und Lärmen mit Händen und den Geräthen, die ihnen zunächst waren, auf ihre Umgebung eindrangen und nur mit äusserster Mühe bewältigt werden konnten.

Ebenso unvermittelt tritt die epileptische Störung unter dem Bilde heftiger, inhaltsloser Angst auf, die sich im Verlaufe einer sehr kurzen Zeitspanne bis zur floriden Tobsucht und schonungslosem Vorgehen gegen sich und Andere steigert, dabei aber immer noch den Charakter der zu Grunde liegenden ängstlichen Erregung trägt und ihn auch über den ganzen Verlauf beibehält.

Mit gleicher Häufigkeit erscheint die Epilepsie als eine anfallsweise hallucinatorische Geistesstörung und kommen bei dieser Gesichtshallucinationen ungleich häufiger vor als bei anderen Psychosen. Auch diesen hallucinatorischen Störungen ist das plötzliche, eruptive Auftreten eigenthümlich. Mitten in ruhiger Unterhaltung, im psychisch klaren

Verhalten tritt die Hallucination mit einer Intensität ein, deren Grösse an der energischen Abwehr und dem sofortigen offensiven Verfahren der Kranken gemessen werden kann. Aus dem Umstande, dass die Hallucinationen der Epileptiker in der überwiegenden Zahl der Fälle eine imminente Gefahr, eine Bedrohung des Lebens oder eine starke Beleidigung für den Kranken involviren, erklärt sich die Grausamkeit und die einem Racheact am meisten ähnliche Handlungweise. Sonst gutmüthige, friedfertige Individuen führen unter der unmittelbaren Einwirkung solcher Hallucinationen und ihres Bewusstseins beraubt die grauenhaftesten Blutthaten aus. Welche Rolle dabei der Bewusstseinstrübung zufällt, erhellt aus dem Wegfall jeder Auswahl des Objectes, an welchem die Kranken die Execution ausführen. Das Erste, was in ihren Bereich fällt, verfällt auch der Zerstörung.

Doch sind es nicht nur Aufregungszustände, die einen solchen Anfall bilden. Wir sahen auch und konnten durch Jahre den Verlauf eines epileptischen Zustandes verfolgen, bei welchem die einzelnen Attaquen in plötzlich oder sehr rasch eintretenden Zuständen von Stupor und Flexibilitas cerea bestanden. Nach sehr kurzen, immer gleichen Prodromalstadien traten in fast gleichen Intervallen stuporöse Stadien mit vollkommener Regungslosigkeit und Reactionslosigkeit ein, in welchen der Kranke nichts sprach, keine Bewegung ausführte, gefüttert und catheterisirt werden musste und in welchen Stadien er an bestimmten, im Verlaufe immer gleichen Tagen vollkommen kataleptisches Verhalten zeigte.

Für die Beurtheilung einer psychischen Störung als einer epileptischen ist daher weder die Nachweisbarkeit von Krampfanfällen, noch der Symptomencomplex der jeweiligen Störung massgebend. Es ist hiebei nur auf die mehrfach erwähnten Charaktere der Periodicität symptomatisch ähnlicher oder gleicher Störungsbilder, den unvermittelten Eintritt und Abfall der Störung und die sie deckende Amnesie zu achten. Ebenso wenig Bedeutung kann der ganzen Verlaufsdauer eines Störungsanfalles beigemessen werden. Man könnte vielleicht Bedenken tragen, einen über Wochen und Monate sich hinziehenden Anfäll psychischer Alienation als epi-

leptischen zu betrachten, insbesondere in Fällen, in denen niemals ein Krampfanfall beobachtet wurde. Doch beweisen jene Fälle, in welchen eine oft über viele Wochen sich hinziehende Geistesstörung in bestimmter und leicht nachweisbarer Weise als „psychisches Acquivalent“ notorischer Krampfanfälle auftritt, dass die Dauer der Attaquen für die diagnostische Entscheidung vollständig irrelevant ist. Wohl aber lässt sich sagen, dass epileptische Attaquen in der Regel von kürzerer Dauer sind, als andere psychische Störungen. In der Mehrzahl der Fälle erstrecken sie sich über mehrere Stunden bis zu 2—3 Tagen, seltener dauert ein Anfall 1—2 Wochen und nur in Ausnahmsfällen beobachtet man ein über viele Wochen oder gar Monate protrahirtes epileptisches Irresein.

Sehr selten tritt der epileptische Anfall, sei dies nun ein psychischer oder ein Krampfanfall, mit völlig unvermittelter Plötzlichkeit ein. Gewöhnlich gehen demselben kürzere oder längere Zeit Störungssymptome voraus, die den Anfall einleiten. Ebenso ist der Uebergang in vollkommene Restitution kein ganz jäher, sondern es bilden auch beim Abfall eine Reihe von Symptomen und ein Zustand einen allmäligen Abschluss, denen eine besondere Aufmerksamkeit zugewendet werden muss. Diese prae- und postepileptischen Zustände stossen die Bezeichnung der Anfälle selbst, als plötzlich eintretender cerebraler Störungen nicht um, denn sie sind erstens von relativ kurzer Dauer und gehören zweitens schon mit zum Anfalle, von dem sie sich nur scheinbar und symptomatisch unterscheiden.

Das dem Anfall vorausgehende Stadium dauert oft nur Minuten, manchmal mehrere Stunden. Oft sind es blos leichte somatische Symptome: Druck im Kopfe, Schwere in den Gliedern, ziehende Schmerzen, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Schwindelgefühl, mürrisches, verdriessliches Wesen, die den Anfall einleiten und merkt der Kranke in solchen Fällen selbst, dass der Anfall naht. In anderen Fällen sind die Kranken zerstreut, hochgradig benommen, verwirrt, verwechseln die Worte und die Gegenstände im Gebrauch und legen darin schon eine Störung des Bewusstseins an den Tag, die sich ab und zu in auffällig verkehrten Handlungen äussert. Die Kranken be-

gehen Unschicklichkeiten und Unzukömmlichkeiten, deren sie in anfallsfreier Zeit vollkommen unfähig sind. Kommt dazu, wie dies sehr häufig geschieht, reizbare Verstimmung, zorniges und missmuthiges Verhalten, so kann es auch in diesem Zustande schon zu bedenklichen und gefährlichen Handlungen kommen, deren Beurtheilung umso schwieriger ist, als die Kranken oft gar nicht den Eindruck machen, als wären sie nicht mehr im Besitze richtiger Ueberlegung und vollen Bewusstseins.

Oft aber geht dem Anfalle eine entschiedene hallucinatorische Störung von meist sehr kurzer Dauer voran.Die Fälle sind gar nicht selten, in welchen eine oder wenige Hallucinationen des Gesichts, seltener des Gehörs dem Anfalle unmittelbar vorausgehen. Und in diesen Fällen kommt es häufig genug zu Gewaltthaten blutigster Natur. Die Kranken sehen plötzlich einen oder mehrere Feinde auf sich losstürzen, hören eine gegen ihr Leben gerichtete Drohung und haben eben nur noch Zeit, mit einer energischen That die vermeintliche Gefahr abzuwenden, um alsdann bewusstlos zusammen zu stürzen.

Zu den praeepileptischen Erscheinungen gehört es auch, dass die Kranken in ängstlicher Unruhe oder auch ohne sichtbare Zeichen der Angst zu wandern beginnen und die Wanderung oft durch viele Stunden in bewusstlosem Zustande, unbekümmert um zeitliche und örtliche Verhältnisse fortsetzen, bis sie endlich im vollständigen Anfall zusammenstürzen oder zu klarem Bewusstsein erwachen, wenn es nicht zu einem solchen kommt und diese Wanderung allein den Anfall ausmacht. Wir sahen Kranke, die in solchem Zustande Reisen antraten und am Ziele angekommen nicht wussten, wie und weshalb sie die Ortsveränderung vornahmen. So beobachteten wir auch einen Kranken, der mehrere Stunden vor seinen Krampfanfällen um sein Bett unaufhaltsam im Kreise herumging und bei dem erst der Eintritt der Krämpfe die Wanderung beendete.

Die Wichtigkeit dieser Zustände werden wir nach Abhandlung des postepileptischen Status beleuchten und erwähnen hier nur, dass die Abgrenzung derselben gegen den wirklichen Anfall eigentlich nur in den Fällen möglich ist, in welchen Convulsionen oder doch Bewusstsseinspausen auftreten, die keinerlei

willkürlich scheinende Bewegungen zur Ausführung kommen lassen.

In gleichem Masse verschieden wie die dem Anfalle vorausgehenden Zustände cerebraler Störung sind es auch die sog. postepileptischen Irreseinszustände. Selbst in den Fällen, in welchen der Anfall in kaum merkbar kurzer Zeit in normalen Geisteszustand überzugehen und der Uebergang gänzlich unvermittelt sich zu vollziehen scheint, wird der genauen Beobachtung nicht entgehen, dass oft Minuten verstreichen, bis nach dem Anfalle sich das vollständig klare Bewusstsein wieder einstellt. Es bleibt nach dem Anfalle zum Mindesten ein kurzdauernder Stupor mit totaler Benommenheit des Sensoriums zurück, in welchem die Kranken regungslos mit starrem Blick dasitzen, auf keinen Reiz reagiren, bis mit dem allmäligen Eintritte des Bewusstseins auch die Regsamkeit und Beweglichkeit wiederkehrt. Andere Male sieht man die Kranken, wenn die Convulsionen aufhören, sich aufrichten und verschiedene, oft complicirte Bewegungen in völlig bewusstlosem Zustande ausführen. Die Kranken kleiden sich an, nesteln an den Kleidern, richten das Bettzeug zusammen, machen die Bewegungen des Waschens, reiben sich Hände und Gesicht, stehen auch auf, holen Wasser, rücken die Möbel zurecht u. s. w. Während aller dieser Actionen reagiren die Kranken auf keine Anfrage, bemerken Niemand aus ihrer Umgebung, reagiren aber doch schon auf sensible Reize mit prompten, wenn auch noch schwerfällig ausgeführten Reflexbewegungen. Erst nach Ablauf von Secunden bis zu mehreren Minuten tritt Bewusstseinshelle ein und diese eben geschilderten Bewegungen cessiren.

Man kann weiters als rasch vorübergehende Alienation nach epileptischen Krampfanfällen Zustände von aphatischer Sprachstörung, von Paraphrasie und Parapraxie beobachten. Wir haben Epileptiker beobachtet, die nach dem Anfalle die an sie gerichteten Fragen zu percipiren schienen, die auch ein und die andere entsprechende Antwort gaben, auf Befragen ihren Namen nannten, bald aber in völlig unverständlicher Weise Silben aneinander reihten und das Gewünschte nicht hervorbrachten. So begann eine unmittelbar nach dem Aufhören der Convul-

sionen zum Zählen aufgeforderte Kranke: „eins, zwei, drei“, konnte dann nicht mehr weiter und wiederholte „drei“ nunmehr fortwährend. Dieselbe Kranke begann das Vaterunser, das sie bis „der du bist“ tadellos hersagte, in's Stocken gerieth, wieder begann, einzelne Worte aus dem Folgenden ohne Zusammenhang vorbrachte, dann nur die ersten Silben zum Ausdruck brachte, an dieselben andere Worte ohne Sinn anschloss oder ganz unpassende Worte murmelte. Die Aufforderung, die Zunge zu zeigen, beantwortete sie, indem sie die Nase berührte, und der, die rechte Hand zu reichen, kam sie mit der Erhebung eines Beines nach.

Diese Zustände der Bewusstseinsdämmerung sind symptomatologisch so sehr verschieden und reichhaltig an Details, dass deren Beschreibung vollständig unmöglich ist. Die Beurtheilung derselben aber ist in hohem Grade erschwert durch das oft scheinbar bewusste und überlegte Vorgehen, durch das Zutreffende mancher Aeusserungen in diesem postepileptischen Stadium.

Unzweifelhaft ausgesprochen ist die Störung, wenn sie sich unmittelbar an den Krampfanfall und in der Form tobsüchtiger Aufregung anschliesst. Die Kranken erwachen dann aus einem kurzen postepileptischen Stupor nur, um sofort in volle Tobsucht, mit dem dieser Störung eigenthümlichen blindwüthenden, aggressiven Vorgehen zu verfallen. Auch in diesen Fällen besteht die tobsüchtige Exaltation und das gewaltthätige Handeln entweder allein und für sich oder es wird von lebendigen Hallucinationen getragen und von denselben auf gleich hoher Intensitätsstufe erhalten. Oft, und zwar mit der inhaltsleeren Tobsucht verbunden, besteht vollkommene Incohärenz und totale Verwirrtheit. Es bedarf keiner besonderen Erwähnung, dass von einer Orientirung in Zeit und Ort, von einem Zurechtfinden in den Personen der Umgebung bei dem stark getrübten Bewusstsein, das diesen Zuständen als Charakteristikon anhaftet, keine Rede ist.

Mehr Zusammenhang in den Aeusserungen der Kranken besteht in den Fällen, in welchen die Aufregung mit Hallucinationen einhergeht oder diese jener zu Grunde liegen. Die

Hallucinationen haben alsdann entweder den Charakter der Verfolgung oder sind religiösen Inhaltes. Bei beiden Arten dieser hallucinatorischen Erregung verwandelt sich selbst die nächste, den Kranken wohlbekannte Umgebung in Personen, die dem Inhalte der Hallucinationen entsprechend verändert sind. Sie werden den Kranken zu gefährlichen Feinden und gegen sie andringenden Ungeheuern oder zu himmlischen und höllischen Geistern, oder zu Opfern, die von göttlichen Stimmen gefordert und von den Kranken auch dargebracht werden. Der Stimmungszustand der so erregten Kranken ist in den meisten Fällen ein reizbarer und hochgradig zornmüthiger, zu eruptiven Gewaltthaten hinneigender. Nur selten und meist mit religiösen Wahnvorstellungen und Hallucinationen verbunden wird eine gehobene, maniakalisch heitere Verstimmung beobachtet; doch wird auch diese häufig von plötzlicher Gereiztheit und unvermittelten Zornesausbrüchen unterbrochen.

Ausnahmsweise bestehen solche postepileptische Störungen in ruhigem hallucinatorischen Irresein, ohne höher gehende Erregungszustände und tragen diese dann mehr das Gepräge einer chronischen Verwirrtheit. Hingegen sahen wir nicht selten den postepileptischen Stupor in einen Zustand von Apathie mit totaler Unorientirtheit und Benommenheit übergehen. Die Kranken erscheinen dann ruhig, meist freundlich, theilnahmslos und in keiner Weise erregt. Sie vermögen sich über zeitliche und örtliche Verhältnisse gar nicht zu orientiren, ihre Aeusserungen sind unzutreffend, ihr Urtheil läppisch und äusserst lückenhaft. Sie sind, obwohl sie ganz ruhig und frei in ihren Bewegungen scheinen, doch zu keiner Beschäftigung zu haben, sind auch unrein und bieten vollkommen das Bild eines terminalen Blödsinns dar, wie er im Verlaufe länger bestehender Epilepsie beobachtet wird. Sieht man die Kranken in diesem Zustande und hat man Kenntniss von vorausgegangenen Anfällen, so wird man sicher nicht anstehen, den oben ausgeführten Zustand als einen bleibenden Zustand von Demenz anzusehen und wird nicht wenig erstaunt sein, denselben nach Tagen oder Wochen mit einem Schlage gewichen und das Individuum in völliger Klarheit, mit zutreffendem Urtheil, wenn auch man-

gelhafter Erinnerung, zu sehen. Wir hatten Gelegenheit, eine solche postepileptische Geistesschwäche bedeutenden Grades nach fast zwei Monaten wieder vollkommen schwinden zu sehen.

Es wurde schon erwähnt, dass die Dauer der prae- und postepileptischen cerebralen Störungen ungemein verschieden ist und zwischen Stunden und Monaten wechselt. Im Allgemeinen sind die den Anfällen vorausgehenden Stadien von kürzerer Verlaufsdauer, als die denselben nachfolgenden und dauern wohl äusserst selten mehr als einige Stunden bis zu einem ganzen Tage. Hingegen sind postepileptische Irreseinszustände in der Dauer von mehreren Tagen bis zu 1—2 Wochen keine Seltenheit und kann man selbst ein über 5—8 Wochen protrahirtes postepileptisches Irresein beobachten. In einigen selteneren Fällen wird das postepileptische Irreseinsstadium durch einen neuerlichen Krampfanfall abgeschlossen, aus welchem die Kranken in ihrer normalen psychischen Verfassung erwachen.

Wann und auf welche besondere Veranlassung diese, an Krampfanfälle sich anschliessenden (prae- oder postepileptischen) Irreseinszustände eintreten, lässt sich derzeit nicht bestimmen. Es gibt Epileptiker, bei denen während jahrelangen Bestandes der Epilepsie niemals weder vor noch nach den Krampfanfällen eine Alienation eintritt, während bei andern Individuen jeder Anfall durch ein Stadium psychischer Störung eingeleitet, bei noch andern jeder Anfall durch ein solches abgeschlossen wird. Wohl aber kann man beobachten, dass nach gehäuften epileptischen Krampfanfällen fast regelmässig psychische Störungen von verschieden langer Dauer die ganze Attaque abschliessen. Ebenso sind psychische Alienationen als Folge der Krampfanfälle häufiger bei Individuen, die in kurzen Intervallen von diesen heimgesucht werden, als bei Epileptikern mit sehr seltenen Anfällen. Dieses Verhältniss enthält jedenfalls einen Hinweis darauf, dass die Insulte, denen das Gehirn durch die Krampfanfälle ausgesetzt sind, in erster Linie als Ursachen der postepileptischen Alienationszustände anzusehen sind.

Was das Stadium dieser prae- und postepileptischen Alienationen besonders wichtig und schwierig macht, ist die oft ausgedehnte Reihe von Actionen, die dem ungeübten Beobachter den Eindruck bewusster und gewollter Handlungen machen, trotz des nachweisbaren Ausfalls des Bewusstseins oder doch mindestens einer so starken Trübung des Bewusstseins, dass von überlegtem Handeln nicht die Rede sein kann. Erschwerend für die Beurtheilung dieser Zustände tritt die nachfolgende Amnesie hiezu. Damit, dass der vollständige Mangel der Erinnerung oder die starke Lückenhaftigkeit derselben jede erklärende Beihilfe von Seite des Kranken ausschliesst, ist auch ein Theil der Controle für die dem Beobachter zugänglichen Erscheinungen entfallen. Diese beiden Momente zu perlustriren, wollen wir einen unserer Fälle in Kürze erwähnen, der schon an anderer Stelle veröffentlicht wurde.

Ein junger, seit mehreren Jahren mit epileptischen Krämpfen behafteter Mann wurde wiederholt wegen Diebstahls polizeilich abgestraft, bis er in Folge eines in der Haft ausgebrochenen Tobsuchtsanfalles in die Irrenanstalt gebracht wurde. Hier wurde wiederholt beobachtet, dass der Kranke plötzlich die ihm zunächst gelegenen Sachen (Kleider und Wäsche von sich und andern Kranken) ergriff und mit denselben gegen die verschlossenen Thüren rannte. Nachdem dieser Zustand von Unruhe und Aufregung etwa $^1/_4$ Stunde gedauert, verfiel der Kranke in allgemeine Convulsionen. Zum Bewusstsein zurückgekehrt, hatte er keine Erinnerung an die stattgehabten Vorgänge. Für uns, die wir dasselbe Vorgehen des Kranken durch Jahre jeden Krampfanfall einleiten sahen, bestand kein Zweifel, dass es sich in den wiederholt ausgeführten und bestraften Diebstählen um eine zum epileptischen Anfall gehörige und demselben als Prodromalsymptom vorangehende Erscheinung handle.

Dieser eine aus vielen herausgegriffene Fall mag die Schwierigkeiten der forensischen Begutachtung solcher Zustände nahe legen. Es leuchtet ein, dass die Behauptung eines Individuums, dass es sich einer Reihe combinirter und scheinbar zweckbewusster Handlungen nicht zu entsinnen vermöge, wenig Glauben vor dem Richter finden wird und dass in Fällen, in wel-

chen der Krampfanfall nicht zur Beobachtung kam, auch für den Richter kein Grund vorliegt, an eine Krankheit zu denken und ein fachmännisches Gutachten einzuholen. Und selbst die Constatirung von epileptischen Zuständen wird nicht ohne Weiteres die Handlungsweise als eine zur Krankheit gehörige hinstellen. Zu einem solchen Ausspruche tritt die Berechtigung erst ein, wenn die feste und unlösbare Zusammengehörigkeit einer Action und des Anfalles selbst stricte und wiederholt nachgewiesen ist. Dazu kommt die in den meisten Fällen ausserordentlich kurze Dauer epileptischer Störungen, die oft mit der incriminirten That auch schon beendet ist, so dass der ärztliche Berather das vollständig bewusstseinsklare Individuum vorfindet, das von einem vorgefallenen Verbrechen angeblich nichts weiss. Eine Delucidirung solcher räthselhafter Vorkommnisse ist alsdann mit Sicherheit nur durch längere Beobachtung herbeizuführen, wenn nicht genaue und nicht zu bezweifelnde anamnestische Daten helfend zu Statten kommen.

Der Dauer der zwischen zwei Anfällen liegenden intervallären Zeiten wurde schon früher gedacht und hervorgehoben, dass dieselbe zwischen Stunden und Monaten schwankt. Es bezieht sich diese Verschiedenheit der Intervalle ebenso auf die Krampfanfälle, als auf die Anfälle psychischer Störung mit epileptischem Charakter. Es gibt Individuen, bei denen die Anfälle ein- bis zweimal im Jahre wiederkehren, andere, die täglich von solchen heimgesucht werden. Doch kann hiebei auf folgende, der Erfahrung entnommene Verhältnisse hingewiesen werden. Die Intervalle werden meist mit dem längeren Bestande der Epilepsie kürzer, so dass Kranke, die im Beginne ihrer Krankheit nur in Wochen oder Monaten von Anfällen befallen wurden, nach jahrelangem Bestande der Epilepsie in immer kürzeren Zwischenzeiten Anfälle bekommen. Weiterhin zeigt sich, dass psychisch-epileptische Anfälle gewöhnlich weiter auseinander gerückt sind, als Anfälle von Convulsionen. Endlich aber ergibt sich für die früher geschilderten leichten Anfälle des sogenannten „petit-mal“ die grösste Häufigkeit. Dieselben treten ott mehrmals im Tage auf, — eine Häufung, wie sie für

andere schwerere Anfälle nur selten zu verzeichnen ist. Doch kommt es vor, dass sich, ohne bekannte äussere Veranlassung, schwere Krampfanfälle in ausserordentlicher Weise cumuliren, so dass durch Stunden und auch durch mehrere Tage die Krampfantälle so dicht auf einander folgen, dass man kaum minutenlange Intervalle beobachten kann und die Kranken zwischen den Anfällen nicht zum Bewusstsein kommen. Man nennt einen solchen Zustand: Status epilepticus und hat allen Grund, denselben mit Besorgniss zu beobachten und seinen Verlauf zu verfolgen. Denn abgesehen davon, dass die in diesem Zustande befindlichen Kranken, so lange die Anfälle nicht cessiren und das Bewusstsein nicht wiederkehrt, sich selbst nicht nähren und auch nicht genährt werden können und daher leicht der Erschöpfung verfallen, — liegt in den unausgesetzten und protrahirten Insulten, denen das Gehirn durch die unablässigen Krämpfe ausgesetzt ist, durch die drohenden Zufälle des Gehirn- und Lungenödems eine imminente Gefahr für das Leben der Kranken. Während sonst der epileptische Anfall das Leben des Patienten durchaus nicht bedroht, wenn nicht ungünstige äussere Zufälle mitspielen, involvirt eine Serie von Krampfanfällen immer hohe Gefahr und ist der tödtliche Ausgang zu gewärtigen, wenn das Bewusstsein durch 2—3 Tage nicht wiederkehrt, wenn die Anfälle durch eben so lange Zeit rasch hintereinander auftreten und die Körpertemperatur erheblich ansteigt. Gegen das lethale Ende eines solchen Status epilepticus und mit dem Eintritte der Erschöpfung werden die Anfälle immer schwächer und hören endlich mit dem Collapsus vollständig auf.

Bezüglich des Vorkommens der Epilepsie nach Alter und Geschlecht ergeben sich keine besonderen Gesichtspunkte. Da für das Auftreten der Epilepsie immer und in allen Fällen specielle aetiologische Momente in Betracht kommen, die von Alter und Geschlecht unabhängig sind, und eine spontan hereinbrechende Epilepsie mehr als zweifelhaft ist, — so liegt auf der Hand, dass die Epilepsie an Alters- und Geschlechtsphasen kaum gebunden sein wird. Mit dieser Erwägung ist der Schwerpunkt auf schwerere und occasionelle Ursachsmomente verlegt. In der

That gehen die Erfahrungen sämmtlicher Autoren dahin, dass für das Zustandekommen der Epilepsie in allen Fällen ein zureichender und nachweisbarer Grund gefunden werden müsse.

Unter den Entstehungsursachen der Epilepsie geht die Heredität allen anderen an Wichtigkeit voran. Es gibt kaum eine neurotisch oder psychotisch belastete Familie, in der nicht auch ein und der andere Fall von Epilepsie nachzuweisen wäre. Die für das ganze Capitel der hereditären Cerebropathien giltige Permutationsfähigkeit verschiedener cerebraler Störungen im Verlaufe ihrer Vererbung gilt selbstverständlich auch für die Epilepsie. Es ist daher nicht vorausgesetzt, dass nur von epileptischen Antecedenten eine epileptische Progenitur stamme; sondern es können die differentesten neurotischen und psychotischen Uebel bei den Abkommen Epilepsie setzen. Wichtig für diese Betrachtung ist der von französichen Autoren erbrachte Nachweis, dass Intoxicationen, deren hauptsächlichste Wirkung das Centralnervensystem trifft, in Epilepsien der Progenitur zu Tage kommen. Missbrauch alcoholischer Getränke, Trunksucht der Eltern, sowie die chronische Bleivergiftung werden nicht selten durch Epilepsie bei den Kindern gerächt. Zahlreiche Beobachtungen haben ergeben, dass die Intoxicationen der Eltern durchaus noch nicht in pathologischen Erscheinungen bei denselben zum Ausbruch gekommen sein müssen, und doch bei den Kindern schon schwere Epilepsie setzen können. Ja, es sollen nach verlässlichen Beobachtungen auch die im Rausch, von nicht gerade trunksüchtigen Eltern, gezeugten Kinder häufig an Epilepsie erkranken und also auch ein einmaliger Excess bleibenden hereditären Schaden stiften können.

In früher Kindheit überstandene Gehirnerkrankungen (vielleicht auch intrauterinal abgelaufene) haben in sehr vielen Fällen dauernde Epilepsie zur Folge. Die Bedeutung dieses Ursachsmomentes ist derzeit fast gar nicht gekannt. Bedenkt man, dass in den ersten Kinderjahren keine anderen Krankheiten so häufig sind, als Affectionen des Gehirns und seiner Hüllen, die alle unter nichtssagenden Bezeichnungen wenig Beachtung finden, so ist mit diesen eine wichtige Quelle der so häufigen Epilepsie auf-

gedeckt. Sicher in der Hälfte der Fälle erfährt man, dass in den ersten Lebensjahren „Fraisen“ bestanden und die Anfälle von Fraisen anfangs sehr selten, später immer häufiger eintraten.

Von gleicher Wichtigkeit für das Zustandekommen der Epilepsie ist das Schädeltrauma oder genauer ausgedrückt: die Gehirnerschütterung. Denn nur der uncomplicirten Gehirnerschütterung, als Effect des Trauma's kann man den Wert eines wirklichen aetiologischen Momentes für die Epilepsie zuschreiben. Wir sind geneigt, das Auftreten der Epilepsie in jenen Fällen, in welchen durch das Schädeltrauma neben der Concussio cerebri noch andere Effecte: Blutaustritte, Gehirnzerreissung oder Quetschung gesetzt wurden, ausschliesslich auf Rechnung der Erschütterung des Gehirns zu stellen. Es berechtigen uns zu dieser Annahme die zahlreichen Fälle von Läsionen des Gehirnes, die niemals mit Epilepsie einhergehen und die Reihe von epileptisch Kranken, bei denen keinerlei tiefere Erkrankung der Gehirnsubstanz nachgewiesen werden kann. Das Wesen der Gehirnerschütterung und die Art und Weise, wie diese eine Epilepsie zu Stande bringt, ist trotz der vielen, nach dieser Richtung gemachten Studien und experimentellen Versuche bis heute noch ebenso dunkel, wie die Wirkungsweise des Schrecks, dessen aetiologische Bedeutung für die Entwicklung der Epilepsie unbestritten feststeht. Nicht nur, dass in vielen Fällen kein anderes Ursachsmoment nachgewiesen werden kann; sondern es bleibt, selbst nach gewissenhaftester Ausscheidung aller der Fälle, bei denen der Schreck als Ursache der bestehenden Epilepsie blos nur angeführt wird, ohne dass die einzelnen Umstände bezeichnet werden können, noch immer eine nicht unbeträchtliche Zahl von Epilepsien zurück, für die durch den genauen Nachweis heftigen Schrecks, des Zeitpunktes desselben und des evidenten Zusammenhanges des Schrecks mit dem ersten epileptischen Anfalle, die Einwirkungen des Schrecks mit voller Bestimmtheit als Ursache der cerebralen Störung bezeichnet werden können.

Ganz wie nach dem Trauma, so auch nach Schreck kann der erste Anfall entweder unmittelbar dem Schädlichkeitsmomente sich anschliessen, in der Weise, dass der vom Trauma oder vom Schreck Getroffene bewusstlos zusammenstürzt und

in Krämpfe oder nach kurzer Bewusstseinstrübung, in rapid auftretende Geistesstörung verfällt, oder es liegt zwischen der Einwirkung der Ursache und dem ersten Anfalle eine kleinere oder grössere Spanne Zeit, in welcher Kopfschmerz, intercurrenter Schwindel, Schwarzsehen, Flimmern immer häufiger wird, bis es zum vollständigen Anfalle selbst kommt. Oft genug wirken zwei und mehrere Ursachsmomente zusammen; oft erfolgt der Ausbruch der Epilepsie erst auf eine Wiederholung derselben Ursache. Man wird sich nicht wundern, wenn man nach einem leichten Schreck oder Trauma Epilepsie auftreten sieht bei Individuen, bei denen diese letzterwähnten, unmittelbaren Ursachen ein schon hereditär oder durch infantile Gehirnaffection disponirtes Gehirn treffen, denn es genügen bei invaliden, belasteten Gehirnen schon geringfügige neue Schädlichkeitsmomente, um den vorhandenen Krankheitskeim zur vollen Entfaltung zu bringen.

Der Verlauf der Epilepsie ist ein chronisch-periodischer und die Prognose derselben äusserst ungünstig. So viele Behandlungsweisen der Epilepsie auch vorgeschlagen werden und so viel Gutes man den einzelnen Mitteln auch nachrühmt, sind die Fälle von wirklicher Heilung doch ausserordentlich selten. Wer eine grosse Zahl von Epileptikern durch lange Zeit behandelt hat, wird mit dem Ausspruche von Heilungen immer vorsichtiger werden.

Der häufigste Ausgang der Epilepsie ist der in zunehmenden Verfall der Geisteskräfte bei unverändertem Fortbestande oder vermehrtem Auftreten der Anfälle. Bei dem Umstande, dass der epileptische Anfall eine Gefahr für das Leben des Kranken nicht involvirt und die zu Grunde liegende, derzeit gänzlich unbekannte Gehirnaffection einen lethalen Ausgang nicht bedingt, kann die Epilepsie sich über Jahre und Jahrzehnte erstrecken, wenn nicht eine intercurrente somatische Krankheit oder die früher erwähnten cumulirten Anfälle dem Leben des Kranken ein jäheres Ende bereiten. Der Verfall der Geisteskräfte hängt ab von der Intensität und von der Häufigkeit der Anfälle. Je intensiver oder häufiger oder beides zugleich die Attaquen sind, umso rascher vollzieht sich die Entwicklung der

Geistesschwäche, die mit leichter Vergesslichkeit und geringer Urtheilsschwäche beginnend, bis zur totalen Vernichtung nicht nur jedes Urtheils, sondern auch jedes Orientirungsvermögens und schliesslich jeder psychischen Leistung fortschreitet. Man begegnet Epileptikern in einem Zustande von Demenz, in welchem sie kaum ihr Alter oder ihren Namen nennen können und die selbst für ihre einfachsten Bedürfnisse nicht mehr den nöthigen Ausdruck finden. Bezüglich des Eintrittes der geistigen Schwäche lehrt die Erfahrung, dass Krampfanfälle denselben beschleunigen und dass er nach rein psychischen Anfällen erst viel später beobachtet wird. Doch bleibt die geistige Schwäche selbst in den Fällen von „petit mal“ nicht aus und wird nach diesen oft noch früher als nach schweren Attaquen beobachtet, weil die Häufigkeit jener auch eine viel grössere ist.

Bis es aber im Verlaufe der Epilepsie zur ausgesprochenen psychischen Schwäche kommt, vollziehen sich Wandlungen im ganzen psychischen Habitus des Epileptikers, die nicht ohne Bedeutung sind. Lange bevor es zu merkbarer Demenz gekommen ist, tritt die Einwirkung der wiederholten epileptischen Attaquen in Veränderungen des Wesens und Charakters der Kranken in auffälliger Weise hervor, die man von jeher als den specifisch epileptischen Charakter aufgefasst hat. Ruhige urtheilsklare Individuen von behaglichem, verträglichem Verhalten, werden im Verlaufe der stetigen Insulte des Gehirns zunehmend reizbarer, jäher und auffahrender. Eine fast ununterbrochene zornmüthige Verstimmung und eine starke Intoleranz gegen jede andere Meinung; misstrauisches, intriguirendes Vorgehen kennzeichnen als Grundzüge den epileptischen Charakter und bringen diese Kranken in der anfallsfreien Zeit und mit noch vollkommen intactem Raisonnement mit ihrer ganzen Umgebung in fortwährende Conflicte. Diese Individuen wittern überall Verrath und Hintergehung und leben in fortwährendem offenen oder geheim und mit listiger Ränkesucht geführten Kampfe selbst mit ihren nächsten Angehörigen. In der Ehe sind sie excessiv eifersüchtig, schleppen Scheinindicien für die eheliche Untreue zusammen, formuliren Anklageacte und lassen es bei häuslichen Krakehlen und Zänkereien nicht

bewenden, sondern schleppen ihre Angelegenheiten vor die Oeffentlichkeit und sind unermüdlich in ihrem quärulirenden und compromittirenden Vorgehen. Wie in ihrem häuslichen, so verfahren sie auch in ihrem socialen Leben. Während sie mit erlogenen oder falsch ausgelegten Gründen und Thatsachen gegen Personen ihrer Umgebung, Vorgesetzte oder Untergebene mit und ohne persönliche Motive insgeheim oder öffentlich auftreten und oft sogar, ihre eigene Sicherheit ausser Acht lassend, agitiren und wühlen, klagen sie selbst fortwährend über Verfolgung und Unterdrückung. Roh und selbstsüchtig, krakehlsüchtig und masslos in ihrem Zorne, verlogen und Intriguen spinnend, bilden sie die stete Qual und den Schrecken ihrer Familie und ihrer ganzen Umgebung, so dass sie selbst schon in diesem Zustande, bei scheinbar intacter Intelligenz schwer oder gar nicht zu ertragen sind.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten dürften sich bei epileptischen Zuständen kaum ergeben. Denn gerade diese Störungen haben hervorragend typische und präcise Charaktere. So wie man nicht jeden Krampfanfall sofort auch als epileptisch ansehen wird, ebenso wenig wird jede peracut verlaufende psychische Alienation als epileptisch gelten können. Man wird sich behufs sicheren diagnostischen Ausspruches niemals mit der Beobachtung eines einmaligen Ablaufs der Symptomengruppe begnügen, sondern einen solchen erst nach Constatirung der periodischen Wiederkehr und der andern schon hervorgehobenen Merkmale epileptischer Attaquen fällen und dieses auch dann erst, wenn Paralyse und Alcoholismus ausgeschlossen worden sind, bei welchen, mutatis mutandis, ähnliche Zustände beobachtet werden.

Die Therapie der Epilepsie ist keineswegs arm zu nennen; doch bezieht sich die Reichhaltigkeit mehr auf die empfohlenen, als auf wirklich wirksame Mittel. Kaum bei einer anderen cerebralen Krankheit ist der Irrthum, eine Heilung anzunehmen, so nahe liegend und auch so häufig begangen worden, als bei der Epilepsie, weil die Intervalle von Ruhe und Klarheit zum Verlaufe gehören und in ihrer Dauer ganz unbestimmt sind. Man darf hiebei die eine Erwägung nicht unterlassen, dass

Epileptiker, die in schlechten Verhältnissen leben, die verschiedenen Fährlichkeiten (Noth, Sorge, Trunk) ausgesetzt sind, sehr häufigen Anfällen unterliegen, die, mit einer Verbesserung ihrer Lage, etwa mit ihrer Unterbringung in eine Anstalt, cessiren und sehr selten wiederkehren. Wir hatten einen Epileptiker, bei dem das Cerebralleiden nach schwerer Schädelverletzung (Schusswunde) aufgetreten war und der wegen starker Convulsionen und anschliessender Tobsucht in die Anstalt gebracht wurde und bei dem wir, obwohl er zu wiederholten Malen und durch Jahre in unserer Beobachtung stand, niemals einen Anfall zu sehen Gelegenheit hatten. Derselbe wurde von verschiedenen Fachleuten in ganz verschiedener Weise behandelt und von jedem für geheilt gehalten und aus der Behandlung entlassen, um alsbald wieder in andere Behandlung zu kommen, bis es sich herausstellte, dass der Kranke arbeitsunfähig und dadurch von Sorgen gequält sofort Anfälle bekam, in bessere Verhältnisse gebracht, wieder vollständig anfallsfrei war und, so lange diese Verhältnisse dauerten, es auch blieb.

Doch ist ja selbst damit viel gewonnen, wenn man im Stande ist, die Intervalle zu verlängern, die Anfälle zeitlich auseinander zu rücken; und gewiss gibt es auch Fälle, in welchen man mit Recht von einer Heilung sprechen kann, doch wird man jedenfalls vorsichtig sein müssen mit der Heilungserklärung und diese erst aussprechen nach genügend langer Beobachtung und selbst dann erst noch mit Vorbehalt.

Allen anderen Medicamenten um den wirklichen Erfolg und auch um das günstige Vorurtheil voraus ist das Bromkalium. Als ein erfahrungsgemäss die Erregbarkeit des Nervensystems herabsetzendes Mittel erfreut es sich einer ausgedehnten Anwendung gegen alle Cerebralleiden. Für dessen Anwendbarkeit gegen Epilepsie sprechen viele und vollgiltige Erfahrungen. Uns sind Fälle bekannt, in welchen nach den ersten Dosen von Bromkali die früher allwöchentlichen epileptischen Krampfanfälle durch ein Jahr und darüber nicht wiederkehrten. Andererseits gibt es Fälle, wo man keinerlei wohlthätige Wirkung vom Bromkali eintreten sieht. Für diese so gänzliche Verschiedenheit der Wirksamkeit lässt sich aus den behandelten

Fällen selbst keine Erklärung schöpfen. Und es ist sicher, dass man die heilsame Wirkung nicht herbeiführt, wenn man die Dosis vergrössert. Was man mit 2—4 Grm. täglich nicht erreicht, das ist durch Erhöhung der Gaben niemals zu erreichen. Denn erstens werden mehr als 4—5 Grm. nicht aufgenommen; das Ueberschüssige wird unverändert ausgeschieden. Und zweitens muss erwogen werden, dass grosse Dosen nicht unbeschadet des Gesammtbefindens durch so lange Zeit fortgesetzt werden können, als dies gegen die Epilepsie nöthig ist. Es genügt nämlich nicht, dass man das Bromkali blos einige Wochen hindurch nehme und nach einer anfallsfreien Zeit von mehreren Wochen den Gebrauch abbreche; sondern es muss dasselbe durch Monate und Jahre gleichmässig genommen werden, wenn der anfängliche Erfolg ein bleibender sein soll. Denn nach einer frühen Unterbrechung des Gebrauchs von Bromkali stellt sich alsbald das Leiden in seiner ganzen früheren Intensität wieder ein. Ist aber nach mehreren Wochen kein Erfolg zu bemerken, so thut man am besten, mit dem Bromkali nicht weiter fortzufahren, sondern mit einem anderen Medicament es zu versuchen. Bei Eintritt übler Folgen des Bromkali (Acne) setzt man durch einige Tage aus und kann dann meist wieder den Gebrauch desselben aufnehmen. Nur in seltenen Fällen wird das Bromkali gar nicht vertragen. Es tritt nicht nur sofort heftige Acne auf, sondern auch verbreitete Katarrhe, es leidet die Verdauung, es besteht beständiger Druck im Magen und muss in solchen Fällen vom Bromkali ganz Umgang genommen werden.

Das schon seit lange gegen Bromkali angewendete und seiner üblen Folgen wegen wieder aufgegebene Atropin, wurde von Dr. Svetlin an Leidesdorf's Klinik wieder aufgenommen und systematisch angewendet. Die experimentellen Versuche, die Svetlin an epileptischen Meerschweinchen mit grosser Sorgfalt vornahm, berechtigten zu schönen Hoffnungen. Die Krampfanfälle der atropinisirten Thiere blieben immer früher aus, als die der sich selbst überlassenen Versuchsobjecte. Der rasch eintretenden üblen Wirkung des Atropin in flüssiger Form vorzubeugen, wurde dasselbe in Pillen verabreicht u. z. 0·05 auf

50 Pillen. Wir sahen bei dieser Anwendung niemals eine üble Wirkung, selbst wenn wir es durch viele Monate fortgesetzt verabreichten. Auch bei diesem Mittel war der Erfolg ungewiss. In einigen Fällen half es, in anderen nicht. Immerhin aber kann es unter stetiger Aufsicht des Arztes versucht werden.

Hat man es mit traumatischen Epilepsien zu thun, bei welchen als constante Quelle der Attaquen Impressionen der Schädelknochen oder Knochensplitter, welche das Gehirn reizen, vermuthet werden oder mit Gewissheit anzunehmen sind, so wird man sich wohl zur operativen Behandlung entschliessen und oft durch sehönen Erfolg belohnt werden. Ebenso sind Fälle bekannt worden, in welchen nach Lösung oder Excision einer peripheren Narbe am Schädel, deren Provenienz mit der Epilepsie deutlich nachweisbaren Zusammenhang hatte und in welchen Fällen noch besondere, den Anfällen vorausgehende Sensationen in der Narbengegend zu constatiren waren, das Leiden sich besserte und selbst vollständige Restitution eintrat.

Alle anderen vorgeschlagenen Mittel sind von geringem Belang. So das Bromnatrium, das gewiss nicht hilft, wo das Bromkali im Stiche gelassen hat; so das schwefelsaure Zink, von dem wir keinen Erfolg sahen; so endlich das in letzter Zeit empfohlene Amylnitrit. Dieses Letztere sollte, der theoretischen Auseinandersetzung nach, in der dem Anfalle vorausgehenden Aura angewendet, den Ausbruch des Anfalles selbst verhindern. Die Schwierigkeit einer solchen Anwendung liegt auf der Hand. Bei vielen Epileptikern fehlt jede Aura, bei andern ist sie von zu kurzer Dauer, als dass der herbeigerufene Arzt mit dem Amylnitrit noch zurecht kommen könnte und dem Kranken selbst kann das Medicament, wegen seiner Bedenklichkeit, nicht in die Hand gegeben werden. Unsere eigenen Erfahrungen aber endlich sprechen nicht für die Anwendung dieses Mittels. Wir waren, wenn wir auch zurecht kamen, nie in der Lage, mit demselben einen Anfall zu coupiren, wohl aber riefen wir einen Anfall durch die Anwendung des Amylnitrits hervor, so zwar, dass die vor dem Versuche ganz anfallsfreie Patientin in Krämpfe verfiel, so wie sie das Medicament zur Nase hob und 2—3 Mal inspirirte.

Ganz und gar wirkungslos und daher nicht empfehlenswerth ist eine hydrotherapeutische und elektrische Behandlungsweise.

Ein rasches und entschiedenes Eingreifen wird im früher erwähnten Status epilepticus nothwendig. In diesen Fällen wird eine ausgiebige Morphiuminjection oder ein Clysma mit 3—4 Grm. Chloralhydrat meist einen sofortigen Erfolg haben. Die Anfälle cessiren meist sofort, die bedrohlichen Erscheinungen weichen, wenn nicht schon Gehirn- oder Lungenödem vorhanden war, das Bewusstsein kehrt wieder und die schwer bedrohten Kranken, die ohne dieses Eingreifen ihren Anfällen sicher erlegen wären, erholen sich wieder vollständig.

---

3. Cap.

Der Alcoholismus.

Der Alcoholismus ist eine Intoxicationspsychose par excellence und entsteht unter der directen Einwirkung der alcoholischen Getränke auf das Gehirn selbst. Wir sagen: der alcoholischen Getränke und nicht des Alcohols, weil neuere und erschöpfende experimentelle Untersuchungen französischer Autoren in unzweifelhafter Weise dargethan haben, dass die in unsere psychiatrischen Betrachtungen fallenden üblen Folgen des Alcoholmissbrauchs nicht auf Rechnung des Alcohols, sondern auf Beimengungen und Verunreinigungen desselben zu beziehen sind. Es zeigte sich namentlich, dass die den Alcoholicis beigemengten Fuselöle und andere, besonders in nicht genügend abgelagerten Wein- und Branntweinsorten enthaltenen Bestandtheile den Getränken jene intoxicatorische Wirkung geben, die sich in Störungen der cerebralen Thätigkeit äussern. Die Schädlichkeit der alcoholischen Getränke ist daher, wie aus diesen Untersuchungen hervorgeht, an diese, nach verschieden langer Zeit sich verflüchtigenden Bestandtheile derselben gebunden, womit das vorzugsweise Vorkommen der Alcoholintoxication in den niederen Gesellschaftsständen eine

Erklärung findet. Denn diese trinken keineswegs mehr, als die besseren und reicheren Klassen, wohl aber trinken sie schlechter und erkranken deshalb auch in unverhältnissmäsig grösserer Anzahl. Die öffentliche Fürsorge, die sich mit dieser Frage so oft und eingehend beschäftigt, hatte es daher nicht mit einer Verminderung oder Vertheuerung der alcoholischen Getränke zu thun, sondern mit der Verbesserung derselben, da es sich doch nicht um Aufhebung des Trinkens, sondern um die der schädlichen Folgen handelt.

Die Alcoholintoxication kommt in zwei Formen zur Beobachtung: in der des floriden und acut ablaufenden Delirium alcoholicum und des langsam sich entwickelnden, chronisch verlaufenden Alcoholismus. Beide Formen sind diagnostisch und prognostisch auseinander zu halten.

Der Symptomencomplex des Delirium alcoholicum, das mit Rücksicht auf seinen Verlauf mit vollem Recht als „acut“ bezeichnet werden darf, setzt sich aus psychischen und motorischen Störungserscheinungen zusammen, von welchen die psychischen nach jeder Richtung hin prävaliren. Die psychischen Cardinalsymptome des acuten Alcoholdeliriums sind Hallucinationen: sie geben dem ganzen Krankheitsbilde die charakteristische Farbe. Mit den Hallucinationen auf's Engste verbunden und von diesen genährt und getragen besteht hochgradige ängstliche Erregung.

Die häufigsten Hallucinationen sind auch in dieser Störung die des Gehörs; doch sind auch Gesichtshallucinationen im Delirium alcoholicum häufiger, als in anderen psychischen Alienationen. Weniger häufig sind Hallucinationen des Gemeingefühls; am seltensten werden Geruchs- und Geschmackshallucinationen als Symptome der floriden Alcoholintoxication beobachtet. Allen diesen Hallucinationen haftet ein für den Kranken unangenehmer, bedrohlicher Charakter an. Sie zeigen dem Kranken nur Verfolgung und Bedrohung und führen eben die Angstzustände herbei, die oft genug bis zu tobsüchtiger Aufregung ansteigen und den Kranken zu gewaltthätigem Vorgehen gegen sich selbst und wohl seltener auch gegen Andere hinreissen. In diesem durch Hallucinationen

geleiteten aggressiven Auftreten unterscheiden sich die Alcoholiker von den Epileptikern in so ferne, als sich ihre Aggressivität in der grössten Mehrzahl der Fälle gegen die eigene Person richtet und in Selbstmordversuchen und Selbstmorden zum Ausdruck kommt, während die Mehrzahl der Epileptiker in ihrer hallucinatorischen oder ängstlichen Aufregung sich gegen die Umgebung wendet.

Die Gesichtshallucinationen des Alcoholdeliriums sind gekennzeichnet durch die Menge der hallucinirten Objecte. Es ist freilich nicht so, wie man früher gern annahm, dass diese Kranken nur viele kleine Thiere (Mäuse, Insecten etc.) sehen, wenngleich diese Hallucinationen als für die floride Alcoholvergiftung charakteristisch festgehalten werden muss; denn eben so häufig oder auch noch häufiger ist es, dass die Deliranten grosse Thiere (Pferde, Elephanten) zu sehen meinen oder überhaupt keine Thiere, sondern Menschen in grossen Haufen beisammen sehen, die sich ihnen meist als bewaffnete Verfolger, Polizisten oder Soldaten präsentiren. Doch kommt es vor, dass die vom Alcoholdelirium Befallenen auch nur einzelne Feinde zu sehen meinen und man hört nicht selten, dass sie Nachts blos einen Mann einsteigen sahen, der sich nach verübtem Diebstahl wieder entfernte.

Auch die Gehörshallucinationen besitzen keine grössere Variabilität. Deren Inhalt dreht sich fast in allen Fällen um Beschimpfungen und Bedrohungen. Die Kranken hören vor ihren Fenstern murmeln, lispeln, oder glauben Waffengeräusche zu vernehmen, hören einzelne Schimpfworte, wie: Dieb, Räuber, oder zusammenhängende Sätze von Beschimpfungen, eine ganze Reihe von Bedrohungen: sie sollen eingesperrt und verurtheilt, hingerichtet oder gemartert werden. Verbinden sich diese beiden Arten von Sinnesdelirien gleichzeitig und sehen die Kranken die angedrohten Uebel auch schon in Gestalt von Executionsorganen herannahen, dann steigert sich die Angst bis zu den heftigsten Ausbrüchen und endet oft mit Selbstmord, der überhaupt zu den häufigen Vorkommnissen des Alcoholdeliriums gehört.

Die Gemeingefühlshallucinationen täuschen den Kranken stechende und juckende Gegenstände (Nadeln, Brennesseln) in

ihrem Lager vor und man sieht sie oft stundenlang ihr Bett durchsuchen und ausräumen, um die Gegenstände ihrer Beunruhigung zu finden und zu entfernen. Ebenso trifft man die Kranken häufig damit beschäftigt, vermeintliche Gegenstände aus dem Munde zu ziehen oder von ihrem Körper abzustreifen und bezeichnen die Kranken Fäden, Staub, Papierabfälle als die Dinge, die ihnen überall anhaften. Viel seltener glauben sie mit ätzenden Flüssigkeiten überschüttet zu sein, verspüren deren brennende Wirkung oder glauben geschlagen zu werden.

Neben diesen Erscheinungen besteht grosse motorische Unruhe. Die Kranken sind in constantem, hyperkinetischem Treiben. Ueber und über mit Schweiss bedeckt, trifft man die Kranken in fortwährender, scheinbar angestrengter Thätigkeit. Sie rücken und räumen, wischen und streichen an den Wänden herum, und unterbrechen ihre Arbeit nur, um auf die hallucinirten Stimmen zu hören und ihnen zu antworten; oder sie stehen mit ängstlich verzerrtem Gesichtsausdruck, halten mit den Händen ihre Genitalien, machen andere Abwehrbewegungen gegen Thiere, die sie auf sich losfahren und nach ihren Gliedern schnappen sehen u. s. w. Die Pupillen sind zumeist stark dilatirt, reagiren etwas träger; an den Bulbis ist in der überwiegenden Zahl der Fälle rotatorischer Nystagmus zu beobachten. Die Conjunctiva ist stark injicirt; das Gesicht turgescirt; die Gesichtsmuskeln sind von continuirlichen blitzartigen minimalen Zuckungen befallen; die Zunge wird schwer und unter heftigem Zittern vorgestreckt; die Sprache erscheint schwerer, lallend; die ausgestreckten Hände zeigen starke Tremores, die in intensiveren Intoxicationsgraden auch am ganzen Stamme wahrzunehmen sind; der Gang ist erschwert, unsicher und schwankend. Die Sensibilität ist nicht gestört, hingegen die Reflexirritabilität ziemlich bedeutend erhöht. Der Puls ist voll, kräftig, leicht accelerirt (90—96); die Hauttemperatur während der ersten Zeit auf 38—38·5 erhöht. Höhere und wirkliche Fiebertemperaturen sind sicher immer auf complicatorische somatische Affectionen zu beziehen.

In der eben beschriebenen Weise dauern die Erschei-

nungen in ungebrochener Kraft durch 3 bis 6 Tage fort, in welcher Zeit die Kranken auch vollkommen schlaflos sind. Erst nachdem durch einen mehrstündigen Schlaf dieser Zustand unterbrochen wurde, erscheint das Bild etwas verändert. Die motorische Unruhe wird dann geringer, die Hallucinationen haben an Intensität eingebüsst oder fehlen gänzlich, doch erscheinen die Kranken noch immer sensoriell benommen, über ihren Zustand, sowie über zeitliche und örtliche Verhältnisse noch unorientirt, depress und leicht ängstlich. Die Tremores der Hände und der Zunge sind um diese Zeit noch kaum geringer und nehmen erst nach wiederholtem, längerem Schlaf ab, überdauern jedoch immer um Tage und selbst Wochen die psychische Störung, welche nach acht Tagen meist vollständig abgelaufen ist. Für den ersten Schlaf der Deliranten ist eine gewisse motorische Unruhe charakteristisch, die sich in unaufhörlichen minimalen klonischen Zuckungen einzelner Muskel oder kleinerer Muskelgruppen der Extremitäten und des Gesichtes äussert.

Nur in einzelnen Ausnahmsfällen gewinnt das Bild des Delirium alcoholicum durch das Auftreten hypochondrischer Vorstellungen und entsprechender Gemeingefühlshallucinationen grosse Aehnlichkeit mit dem Symptomencomplexe der Verrücktheit, von welcher sie jedoch die gleichzeitigen somatischen Erscheinungen und der acute Verlauf alsbald unterscheiden werden. Ebenso selten ist das Fehlen der Hallucinationen überhaupt und kann die dann allein bestehende traurige Verstimmung und die selbständigen Angstzustände mit unbestimmten Selbstanklagen und wenig ausgesprochenem Kleinheitswahn bei grösserer motorischer Unruhe und Schlaflosigkeit den Eindruck einer reinen Melancholie machen, der aber nach der Beobachtung des Verlaufes schwinden muss. In dieser Weise verläuft die acute Alcoholintoxication (Delirium tremens), mit Bezug auf den Ausgang, in den meisten Fällen und endet nach 1 bis 2 Wochen mit vollständiger Restitution. Doch führen andere complicatorische Momente und höhere Intensitätsgrade der Alcoholvergiftung mancherlei symptomatologische und Verlaufsänderungen herbei.

Bei besonderer Prädisposition zu Gehirnaffectionen oder bei stärkeren Intoxicationsgraden kommt es nicht selten im Verlaufe des Delirium alcoholicum zu vollständigen, den epileptischen in Allem entsprechenden Krampfanfällen. Dieselben sind in einer Attaque von Alcoholintoxication nicht zahlreich; es kommt meist nur zu 2 bis 3 Anfällen und sind diese auf Rechnung der alcoholischen Getränke überhaupt zu stellen und nicht, wie einzelne französische Autoren glauben, auf die des Absynths. Es bleibt damit unentschieden, ob nicht Constituenten der Alcoholica von besonderem Charakter die Krampfanfälle hervorrufen. Nach unseren Erfahrungen treten sie immer auf, wenn die Vergiftung eine intensivere war oder die Individuen irgendwie prädisponirt sind. So treten Krampfanfälle selbst nach geringen Mengen von genossenen Alcoholicis auf, wenn das Individuum früher einmal ein Schädeltrauma erlitten hat. Haben aber einmal Krampfanfälle den Symptomencomplex des Alcoholdeliriums complicirt, dann stellen sie sich nach jeder wiederholten Vergiftung wieder ein und gehören zu dem jedesmaligen Krankheitsbilde des Potators.

Höhere Grade der Alcoholintoxication verändern das Krankheitsbild vollständig. Es kommt in denselben nicht mehr zu einem zusammenhängenden Delirium, oder es bildet dieses nur das kurze Einleitungsstadium einer ganz anderen Erscheinungsgruppe. Die Kranken zeigen in diesem Zustande der Vergiftung ein vollständiges Darniederliegen der psychischen wie motorischen Kräfte; sie sind total benommen, percipiren kaum die Vorgänge in ihrer Umgebung; vermögen keinerlei zusammenhängende Aeusserung zu machen; ihre Sprache ist durch hochgradige Parese der Zunge bis zur Unverständlichkeit lallend; der Blick stier, die Gesichtszüge maskenähnlich schlaff, alle Bewegungen hochgradig erschwert und durch heftiges Zittern unsicher. Oft ist das Stehen und Gehen vollkommen unmöglich und die Kranken liegen wie am ganzen Körper gelähmt regungslos da und lassen Harn und Stuhl unter sich; die ganze Haut ist bläulich livid, schweissbedeckt und kühl, der Puls klein, gespannt, meist erheblich verlangsamt (48—56); die Kranken verbreiten einen starken Geruch, der sehr an Chloroform erinnert. Kommen die Kranken in diesem

Zustande allgemeiner hochgradiger Parese zur Beobachtung, so ist der lethale Ausgang in den nächsten Stunden sicher anzunehmen. Doch geschieht es auch bei intensiven Intoxicationen, nach welchen die Kranken, wenn auch mit starker sensorieller Benommenheit, doch noch motorische Unruhe und grosse Beweglichkeit zeigen, dass sie in plötzlicher, foudroyanter Weise durch acut hereinbrechendes Hirnödem zu Grunde gehen. Dieser rasche tödtliche Ausgang ist aber kaum vorauszusetzen, wenn die Kranken in einem floriden und lebendigen hallucinatorischen Irrsinnsstadium stehen.

Das Auftreten des Delirium alcoholicum ist begreiflicher Weise immer an einen unmittelbar vorausgegangenen Trunkexcess gebunden. Die höchst seltenen Ausnahmsfälle sollen bald näher angegeben werden. Die Grösse des Excesses, die Mengen des genossenen Alcohols, die den Ausbruch des Alcoholdeliriums nach sich ziehen, wechseln ausserordentlich, einmal nach der Individualität des Trinkers und dann, wie dies schon angedeutet wurde, nach der Art der Getränke, resp. deren Inhalt an intoxicatorischen Substanzen. Schwer anzunehmen ist, dass ein einmaliger, noch so starker Missbrauch alcoholischer Getränke eine Attaque von Delirium herbeizuführen im Stande ist, wenn nicht schon schwere Erkrankungsdisposition des Gehirns vorhanden ist. In der Regel tritt das Alcoholdelirium erst auf, wenn das Gehirn durch wiederholte und lange fortgesetzte Trunkexcesse zu schwererer Affection vorbereitet ist. In solchen Fällen sieht man nach einem stärkeren Missbrauch unter Prodromen von Eingenommenheit des Kopfes, erhöhter Reizbarkeit, Agrynie in der Dauer von 24—48 Stunden das Delirium zu voller Entfaltung kommen. Nur bei Individuen, deren Gehirn durch Trauma, Heredität oder sonstige das Gehirnleben dauernd schädigende Momente invalidirt ist, bricht das Alcoholdelirium nach einem einmaligen Missbrauch von Alcoholicis oder wiederholten geringfügigeren Trunkexcessen aus und verläuft ganz in der früher beschriebenen Weise. Und in ganz seltenen Ausnahmsfällen kommt es zum Ausbruch der Alcoholintoxication mit allen geschilderten Erscheinungen, ohne dass demselben unmittelbar ein Trunkexcess vorausgegangen wäre.

Es geschieht nämlich, dass bei habituellen Säufern, die schon einmal ein Alcoholdelirium durchgemacht haben oder die durch lange fortgesetzte Trunkexcesse zu der Störung in hohem Grade disponirt sind, unter dem Einfluss einer fieberhaften Krankheit oder unter dem eines geringfügigen Shoks, selbst nach einer unbedeutenden Operation, sämmtliche Erscheinungen des Delirium tremens auftreten, ohne dass Excesse in Baccho unmittelbar vorausgegangen wären. Wir sahen solche Fälle von Delirium alcoholicum im Verlaufe einer Pneumonie und nach der Staaroperation auftreten und konnte jeder unmittelbar vorgängige Excess in diesen Fällen mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Wie schon erwähnt, ist der Verlauf des eigentlichen und floriden Alcoholdeliriums ein acuter. Ist die Intoxication von schwerster Intensität, so erfolgt der lethale Ausgang in den meisten Fällen unfehlbar am 1. oder 2. Tage. In den Fällen von lebendiger hallucinatorischer Alienation dauern die auffälligsten Störungserscheinungen durch 3—6 Tage mit ununterbrochener Kraft an und treten mit dem ersten mehrstündigen Schlaf zurück, um nach 8—14 Tagen einer vollkommenen Restitution Platz zu machen. Das Delirium alcoholicum böte demnach, eine unausgesetzte und strenge Ueberwachung der Kranken, welche schwere Selbstverletzung und Selbstmord verhindert, vorausgesetzt, eine für die meisten Fälle günstige Prognose. Dieselbe wird jedoch einigermassen getrübt erstens durch die häufigen Complicationen mit somatischen Erkrankungen und zweitens durch die regelmässigen, fast niemals ausbleibenden Rückfälle der Trinker. Zu den häufigsten somatischen Krankheiten, die das Alcoholdelirium compliciren, gehören die Pneumonien, die sehr selten gut ablaufen und weiters die weniger bedrohlichen Magen- und Darmkatarrhe, die den Verlauf in die Länge ziehen können. Den Affectionen der Leber und Nieren kommt erst nach jahrelang fortgesetzten Missbräuchen mit alcoholischen Getränken erhöhte Bedeutung zu und damit ist gewöhnlich auch schon der allgemeine Kräfteverfall und Marasmus so weit gediehen, dass die Individuen leicht einem erneuerten Anfalle von Delirium alcoholicum erliegen.

Wiederholungen von Trunkexcessen und mit denselben einhergehende Attaquen von Delirium gehören nämlich zu den gewöhnlichsten Vorkommnissen. Es macht wohl kein Schuldbewusster mehr und bessere Zusagen für die Zukunft und hält sie weniger ein, als der Potator. Unter einer sehr grossen Anzahl von Deliranten sahen wir kaum Einen, der nicht kürzere oder längere Zeit nach seiner Entlassung aus der Anstalt wieder und immer wieder mit Alcoholdelirium zurückgekehrt wäre.

Die chronisch verlaufende Form der psychischen Störung in Folge von Alcoholmissbrauch kommt in zwei grossen Symptomencomplexen zur Beobachtung. Sie erscheint als eine Geistesstörung, deren Hauptsymptome Hallucinationen, fixirte Wahnvorstellungen und psychische Schwäche bilden, also unter dem Bilde der Verrücktheit und als Demenz mit Lähmungen der paralytischen Geistesstörung in vielen Punkten ähnlich.

Zur Diagnose einer alcoholischen Verrücktheit, wie wir die Störung kurzweg nennen wollen, ohne damit eine klinische Unterscheidung dieser und einer auf anderer Grundlage zu Stande gekommenen Verrücktheit machen zu wollen, — zur Diagnose derselben ist es keineswegs unerlässlich, dass vorausgegangene Attaquen von acutem Alcoholdelirium constatirt werden. Wohl kommt es vor, dass die anamnestischen Erhebungen auch solche nachweisen lassen, doch ist das keineswegs häufig. In der Regel entwickelt sich die alcoholische Verrücktheit in ganz primärer Weise im Verlaufe lange fortgesetzten Missbrauchs alcoholischer Getränke. Unter zunehmender reizbarer Verstimmung mit häufigen und heftigen Ausbrüchen des Zornes, steigendem misstrauischen Verhalten, quärulirendem Auftreten, intercurrenter Schlaflosigkeit und Unfähigkeit, den Arbeiten und Geschäften in gewohnter Weise nachzugehen, kommt es nach diesem sehr protrahirten Prodromalstadium endlich zur Aeusserung bestimmter Wahnvorstellungen und Hallucinationen. Den Inhalt derselben bildet immer Verfolgung und Beeinträchtigung durch die nächsten Personen; seltener werden ferne stehende Personen in den Kreis

dieser Wahnvorstellungen gezogen. Auch in dieser Störung sind die Hallucinationen des Gehörs die häufigsten, hingegen die des Gesichts sehr selten. Häufiger als bei anderen hallucinatorischen Störungen sind in diesen Fällen Geschmacks- und Geruchshallucinationen. Eifersucht und Vorstellungen concreter ehelicher Untreue spielen in den Delirien dieser Kranken eine sehr grosse Rolle. Die Kranken hören sich verdächtigen und beschimpfen; eine Reihe schrecklicher Qualen und Martern wird ihnen angedroht, sie sollen bei lebendigem Leibe zerstückt, begraben werden; durch Oeffnungen in den Wänden werden giftige Gase und Flüssigkeiten auf sie ausgeströmt; die Frau steht mit den Verfolgern in eigennützigem Einverständnisse; aus bestimmten Zeichen und Worten entnehmen sie den klaren Beweis vorgefallenen ehelichen Betrugs; die Frau verabreicht übel schmeckende, Gift enthaltende Speisen und Getränke, um sich des Lästigen zu entledigen; elektrische und magnetische Maschinen sind angebracht, mittelst welchen sie aus grossen Entfernungen gequält, gemartert werden; es wird ihnen Stuhlverhaltung und dann wieder Durchfall in willkürlicher Weise gemacht; ihr Leib wird in grausamer Weise zum Studienobjecte gemacht; ihre Gelenke werden geöffnet; das Gehirn wird angebohrt; mit ihren Genitalien wird Unglaubliches vorgenommen etc. etc. Im Anschlusse an die Verfolgungsideen und Hallucinationen besteht constante Streitsucht und gewaltthätiges, aggressives Vorgehen, welches durch die ausgesprochene Annahme der Umgebung, dass die Gefahren nur eingebildet seien und eine Geisteskrankheit vorliege, in bedrohlicher Weise verschärft wird, da diese Annahme von den Kranken selbst mit Heftigkeit und Entrüstung zurückgewiesen wird.

Der eben beschriebene Grundzug dieser alcoholischen Verrücktheit bleibt in allen Fällen derselbe. Stets sind es Vorstellungen und Hallucinationen mit dem Charakter der Verfolgung, Beeinträchtigung und Bedrohung ihrer Person, die den Kranken unausgesetzt quälen und ängstigen und erst im Laufe vieler Jahre tritt die Unruhe und die depressive Verstimmung zurück, während gleichzeitig der psychische Verfall fortschreitet. Die in anderen Fällen von Verrücktheit beobachteten Grössenwahnvorstellungen fehlen in diesen Fällen fast vollständig.

Der zweite Symptomencomplex des chronischen Alcoholismus, der Blödsinn mit Lähmungen, kommt ebenso wie die vorgenannte Verrücktheit in langsamem, allmäligem Anstiege zur Entwicklung. Unter ähnlichen protrahirten Prodromalerscheinungen und schärfer hervortretender Abschwächung der cerebralen Functionsfähigkeit in toto etablirt sich der definitive Zustand von Demenz mit paretischen Erscheinungen. Die Kranken werden zu jeder Arbeitsleistung zunehmend unfähiger, die anfänglichen Tremores werden zu persistirender Unsicherheit aller Bewegungen und die in gleichem Masse fortschreitende psychische Schwäche nimmt den Kranken jede Fähigkeit zu selbständigem oder energievollem Vorgehen. Doch ist das Krankheitsbild im Ganzen arm und wenig belebt. Die psychische Debilität besteht in höchst mangelhaftem Urtheil, in dem Mangel jedes Orientirungsvermögens über den eigenen Zustand und die eigensten Verhältnisse, in dem Wegfall jeder Initiative und jeder combinirten Geistesthätigkeit. Es fehlen in dem Bilde ebensowohl Wahnvorstellungen und Hallucinationen, als auch jede lebendigere Stimmung. Farbloser Gleichmuth und apathische Gemüthsstumpfheit beherrschen in unveränderlicher Gleichmässigkeit die Erscheinungsgruppe vom Anfange der ausgesprochenen Störung bis zu deren Ende.

Ebenso wenig reichhaltig und wechselnd sind die motorischen Störungssymptome. Leichte Facialisparese, Schlaffheit der Gesichtsmuskulatur, geringe Sprachstörung, Unbeholfenheit und Unsicherheit der Bewegungen der Extremitäten bestehen ohne progressiven Charakter von Anfang bis zu Ende. Nicht selten compliciren tabische Sensibilitätsstörungen diesen Zustand des chronischen Alcoholismus. Die Aehnlichkeit dieser cerebralen Störung mit der paralytischen Geistesstörung ist daher nur eine flüchtige und schwindet bei längerer Beobachtung des Verlaufs. Denn abgesehen von der geringen Lebendigkeit der Symptome, fehlt der alcoholischen Demenz mit Lähmungen der dauernd und unaufhaltsam progressive Charakter, der die Paralyse kennzeichnet. An einer gewissen Stufe der Krankheitsentwicklung angelangt, bleibt das Bild starr und unveränderlich und verharrt auf dieser Stufe durch Jahre. Der

Wegfall einer jeden Zunahme der Krankheitserscheinungen und des progressiven Verfalls bedingt es auch, dass die Verlaufsdauer nicht so begrenzt ist, wie die der Paralyse. Es kann diese Form des chronischen Alcoholismus sich über Jahre und Jahrzehnte erstrecken und liegt in der zu Grunde liegenden, wenig actuellen Gehirnaffection keine Todesursache; vielmehr gehen die Kranken an intercurrenten somatischen Krankheiten oder an Marasmus zu Grunde. Ferner fehlen die, für die paralytische Geistesssörung so charakteristischen Anfälle von epileptiformen Convulsionen entweder vollständig oder sind ausserordentlich selten.

Viel grösser ist die Aehnlichkeit dieser Fälle mit den Affectionen, welche man bei Arbeitern beobachtet, die bei ihrer Beschäftigung lange intensiven Hitzegraden ausgesetzt waren. Wir haben eine dem chronisch-alcoholischen Blödsinnszustande mit Lähmungen ganz conformen Zustand bei Schmieden, Eisengiessern oder anderen Arbeitern, die immer bei grossen Feuern beschäftigt waren, häufig beobachtet. Möglicher Weise spielte der bei diesen Arbeitern gewöhnliche Missbrauch alcoholischer Getränke ebenfalls mit. Doch war derselbe in einzelnen Fällen, die zu unserer Beobachtung kamen, keineswegs so bedeutend, dass wir nicht der in Betracht kommenden Hitzeeinwirkung bedeutendes Gewicht beilegen würden.

Der Verlauf dieser beiden Formen chronischer Alcoholvergiftung erstreckt sich auf viele Jahre. Die Prognose beider Symptomencomplexe ist bezüglich der Heilung ungünstig. Denn wenn auch bei lange dauernder Abstinenz von alcoholischen Getränken namentlich die hallucinatorischen Vorgänge an Intensität verlieren und etwas mehr Ruhe eintritt, so kann bei dem vorgeschrittenen Grade geistiger Schwäche dieser Zustände von einer wirklichen und dauernden Restitution kaum mehr die Rede sein. Wohl aber kommt es unter näher nicht zu bezeichnenden Umständen vor, dass sich eine alcoholische Geistesstörung unter dem Bilde des chronisch-hallucinatorischen Zustandes etablirt, in welchem hypochondrische Wahnvorstellungen und Sensationen prävaliren und welcher Zustand doch nach kurzer Zeit wieder schwindet. In solchen Fällen wird die genaue anam-

nestische Untersuchung und die Nachweisbarkeit von somatischen Krankheitserscheinungen, die man als zur acuten Intoxication gehörig kennt, die Störung doch als das acute Delirium alcoholicum erkennen lassen. Insbesondere werden die in solchen Beobachtungen nie fehlenden motorischen Störungserscheinungen, wie sie früher ausführlich dargelegt wurden, auf eine recente Alcoholintoxication hinweisen und der acute Ablauf der Alienation wird auch in diesen symptomatisch selteneren Fällen die Diagnose sichern.

Von den alcoholhältigen Getränken, deren Abusus psychische Störungen setzen, gehen allen anderen die verschiedenen Branntweinsorten an intoxicatorischer Wirkung voran. Wie in der Einleitung angegeben wurde, sind es vornehmlich die schlechten, nicht abgelagerten fuselhältigen Schnäpse, die besonders rasch die früher besprochenen Uebelstände herbeiführen. In zweiter Reihe stehen die Weine. Von diesen sind es ebenfalls die billigen, jungen Weinsorten, die von den specifisch giftigen Substanzen noch nicht befreit sind, welchen insbesondere die oben erwähnten Wirkungen zugeschrieben werden müssen.

Am seltensten wird das alcoholische Irresein durch übermässigen Genuss von Bier herbeigeführt. In den äusserst seltenen hierher gehörigen Fällen, die zu unserer Beobachtung kamen, handelte es sich um das acute hallucinatorische Delirium, welches immer nach habituell und in fast unglaublichen Quantitäten genossenem Biere auftrat.

Bezüglich des Alters, in welchem die verschiedenen Formen des Alcoholismus auftreten, kann man sagen, dass es für das acute Alcoholdelirium kein prädilectionirtes Alter gibt. Wir sahen dasselbe vor dem 20. und auch nach dem 60. Lebensjahre auftreten und in gleicher typischer Weise verlaufen. Dabei beeinflusst das Alter in keiner Weise den Ausgang und die Prognose, welche nur von der Intensität der Vergiftung einerseits und von etwaigen complicirenden somatischen Krankheiten andererseits abhängen. Hingegen sahen wir die beiden chronischen Störungsformen der Alcoholvergiftung, die Verrücktheit und den Blödsinn mit Lähmungen, nie in jugendlichem Alter

auftreten. Dieselben zählen zu den psychischen Alienationen des reiten Alters.

Das Vorkommen der in Folge von Alcoholmissbrauch auftretenden Psychosen mit Rücksicht auf das Geschlecht der Erkrankten lässt eine bemerkenswerthe Verschiedenheit erkennen. Es stellt sich das Verhältniss der Erkrankung für die Männer noch schlechter, als bei der paralytischen Geistesstörung. Unter den bei uns obwaltenden Umständen, die wir freilich nicht für allgemein giltig aufstellen wollen, sahen wir auf hundert Männer kaum 1—2 Frauen an Alcoholintoxication erkranken. Es hängt das sicherlich mit dem Maasse der rohen Arbeit zusammen, die von den verschiedenen Geschlechtern in so sehr verschiedener Weise geleistet wird. Dazu muss in Betracht kommen, dass wir bei Frauen immer nur den Symptomencomplex der acut verlaufenden Alcoholintoxication beobachteten und diesen nach Erscheinungen und Verlauf ganz dem der Männer entsprechend. Niemals sahen wir die chronisch verlaufende alcoholische Verrücktheit oder die Demenz mit Lähmungen bei Frauen auftreten.

Aus dem über Symptomatologie und Verlauf der Alcoholintoxication Gesagten ergibt sich, dass ein therapeutisches Vorgehen nur in den Fällen von acutem Alcoholdelirium einigen Erfolg versprechen kann. Die Formen des chronischen Alcoholismus präsentiren sich von vorneherein als irreparable Störungen solcher Gehirne, die durch fortgesetzten Missbrauch alcoholischer Getränke tiefgehende Functionsalterationen erlitten haben und deren Leistungsfähigkeit für immer unter das Niveau des Normalen herabgedrückt wurde. Der entschiedene psychische Schwächezustand, der beide Formen der chronischen Alcoholvergiftung beherrscht, schliesst jede Aussicht auf vollkommene Wiederherstellung aus und eine eventuelle Behandlung wird nur von einzelnen Symptomen gefordert werden und sich auch nur gegen solche richten können.

Der Ausbruch eines acuten Alcoholdeliriums fordert in erster Linie die Entscheidung, ob der Kranke einer Anstalt übergeben werden muss oder ob er in häuslicher Behandlung

bleiben kann. Zieht man die kurze, nur auf mehrere Tage sich erstreckende Dauer der Störung in Betracht, dann liegt es nahe, von der Unterbringung des Kranken in einer Irrenanstalt abzusehen. Erwägt man hingegen die Intensität der Krankheitserscheinungen, die Lebendigkeit der Hallucinationen und der begleitenden Angstzustände, sowie die aus denselben hervorgehenden Gemeingefährlichkeitsacte, insbesondere die häufigen Selbstmordversuche der Deliranten und deren grosse motorische Unruhe und totale Agrypnie; dann kann man sich zur häuslichen Behandlung, trotz der kurzen Dauer der Störung, nur entschliessen, wenn in den äusseren Verhältnissen der Kranken und in einer voraussichtlichen entsprechenden Sorgfalt der Umgebung genügende Garantien für die Sicherheit des Kranken und der Umgebung selbst geboten werden. Unter solchen, aber auch nur unter solchen Umständen kann die häusliche Behandlung ganz gut durchgeführt werden.

Man wird, obwohl es sich um eine Intoxication handelt und die Störungssymptome in directestem Zusammenhange mit dem eingenommenen Alcohol stehen, doch sich nicht mit der Entfernung desselben aus dem Organismus beschäftigen können, weil der Ausbruch der Störung schon die vor sich gegangene Resorption durch den Magen voraussetzt, also von da nichts mehr zu entfernen ist und die anderen Ausscheidungswege (durch die Nieren und die Haut) ohnehin durch die Wirkung des Alcohols selbst eröffnet sind.

Die Erscheinungen der motorischen Unruhe und die Schlaflosigkeit fordern am stärksten ein therapeutisches Eingreifen, nicht nur weil sie die alarmirendsten und störendsten Erscheinungen sind, sondern auch weil sie dem Kranken am bedrohlichsten zu sein scheinen. Die Erfahrung lehrt aber, dass wir mit unserem Inventar von Beruhigungsmitteln keinem von beiden wirksam entgegen zu treten vermögen. Unsere Narcotica reichen sämmtlich nicht aus, in den ersten 3—4 Tagen Beruhigung oder Schlaf herbeizuführen. Weder Morphium, noch Opium, noch auch Chloralhydrat, gleichgiltig in welchen Dosen verabreicht, führen eine Herabsetzung der Hyperkinese oder Schlaf herbei. Nach Ablauf der ersten Tage wirkt jedes der

angegebenen Narcotica gleich gut und kann daher mit Aussicht auf sicheren Erfolge gegeben werden. Ist einmal der erste Schlaf eingetreten, dann ist auch die vollständige Beruhigung und Wiederherstellung im Zuge.

Während der ganzen Zeit der Erregung hat man darauf zu achten, dass die stark benommenen und vollkommen unorientirten Kranken gegen jede, auch unbeabsichtigte Selbstverletzung geschützt werden. Es ist aus ihrem Bereiche Alles zu entfernen, womit sie sich oder Andere verletzen könnten. Der Raum, in welchem sie sich aufhalten, muss möglichst kahl sein und die strengste Beaufsichtigung muss unermüdlich fortgesetzt werden. Auch ist dafür zu sorgen, dass der Aufenthaltsort der Deliranten gut durchwärmt sei. Hingegen ist jede Beschränkung der Kranken, insbesondere jede Fixirung derselben an's Bett zu unterlassen. Wir erwähnen dies insbesondere mit Rücksicht auf die häusliche Behandlung, die von solchen Mitteln eher Gebrauch macht, als eine wohleingerichtete Anstalt, die andere Behelfe und Apparate zu ihrer Verfügung hat und für welche die Beschränkung der Geisteskranken vollkommen überflüssig ist, wenn man von einigen wenigen chirurgischen Fällen absieht. Speciell bei Deliranten treten nicht selten durch Fixirung in horizontaler Lage üble und bedrohliche Zustände, insbesondere Lungenödem auf und führen das lethale Ende herbei.

Bei der Intensitätsstufe der Alcoholintoxication, auf welcher die Reizerscheinungen gegen die Symptome des Collapsus zurücktreten, werden energische Analeptica verabreicht werden müssen. In diesen Fällen darf man sich nicht scheuen, den Kranken starke Weine oder Schnäpse (Cognac, Rum) in kleineren Dosen zu geben. Starker Kaffee, heisse Getränke, gut erwärmtes und warm gehaltenes Lager, Frottirungen mit wollenen Tüchern, kurz, all das, was bei drohendem oder schon eingetretenem Collapsus überhaupt zu geschehen hat, darf auch hier zu thun nicht verabsäumt werden.

4. Cap.

Die Verrücktheit.

Bevor wir in die meritorische Behandlung des Symptomencomplexes der Verrücktheit eingehen, scheint ein historischer Rückblick auf den Begriff, der mit dieser Bezeichnung belegt wird, unerlässlich. Die in den letzten Jahren aufgetauchten Auffassungsverschiedenheiten bezüglich dieser psychischen Erkrankungsform, die mit unbegreiflicher Geschäftigkeit genährt und vervielfältigt wurden, könnten den weniger bewanderten Beflissenen der Psychiatrie auf den Gedanken bringen, dass es sich um äusserst schwierige diagnostische Verhältnisse und um differente Anschauungen über das Wesen der Verrücktheit handle. Und doch ist dem nicht so. Wenn irgend eine der psychischen Erkrankungsweisen diagnostisch leicht zu beurtheilen ist und wenig Irrthümern unterliegt, so ist es die Verrücktheit. Die cerebro-physiologischen und pathologischen Vorgänge der Verrücktheit aber sind so gänzlich unbekannt, dass eine Meinungsverschiedenheit über dieselben gar keinen Grund haben könnte.

Seit psychotische Erscheinungen überhaupt medicinisch beachtet und gewürdigt werden und bestimmte Symptomengruppen als constant oder häufig wiederkehrend gefunden wurden, ist der Symptomencomplex, dessen hervorstechendsten Erscheinungen Hallucinationen und Wahnideen waren, als ein mit besonderer und selbständiger Bedeutung ausgestattetes Krankheitsbild aufgefasst worden. Mit welchem Namen man dasselbe auch immer ausstattete, immer galt das vornehmlich hallucinatorische Irresein als feststehende typische Krankheitsform. So besonders bei den Franzosen. Ein wesentlicher Schritt nach vorwärts in der Beurtheilung der Verrücktheit wurde aber erst von Griesinger gemacht, der die Verrücktheit direct als psychischen Schwächezustand hinstellte. Was sich auch mit Recht an der weiteren Auffassung Griesinger's geändert hat, — die Charakterisirung der Verrücktheit

als eines Schwächezustandes der psychischen Leistungsfähigkeit ist ein Fortschritt in der Erkenntniss dieser Störung und entspringt einer intensiven Verarbeitung zahlreicher und scharfer Beobachtungen. Die Unterbringung der Verrücktheit in die Reihe derivirter, secundärer Folgezustände von vorausgegangenen einfachen psychischen Störungen war nur der Ausdruck der Bemühungen, das Zustandekommen einer vollentwickelten geistigen Schwäche, wie sie aus dem Bilde der Verrücktheit dem nüchternen Beobachter entgegentritt, zu begreifen und begreiflich zu machen. Gestützt auf manche ähnliche, wenn auch nicht vollkommen entsprechende klinische Erfahrungen, glaubte Griesinger den Schlüssel zur Lösung dieses Problems darin gefunden zu haben, dass er annahm, dass der zur Beobachtung kommenden Verrücktheit in allen Fällen eine einleitende, sogenannte primäre psychische Affection vorausgeht und dass erst durch diese Primäraffection der Intellect so weit herabgemindert werde, dass die Erscheinungen der Verrücktheit zur Geltung kommen können. Zudem lag der ganzen Auffassung die so beliebte Dreitheilung der psychischen Functionen zu Grunde, welcher gemäss der Erkrankung des Gemüths immer der erste Platz angewiesen wurde und die Störung des Vorstellungslebens erst nach Abschwächung der Gefühlssphäre als möglich erachtet wurde. Deshalb auch wurde immer hervorgehoben, dass die Stimmungslosigkeit ein Merkmal der Verrücktheit sei, dass mit dem Auftreten und der Stabilisirung der Sinnestäuschungen und der Wahnideen das Gemüthsleben merklich abgestumpft oder selbst ganz vernichtet sei. Doch waren auch dem scharfen Auge Griesinger's Fälle nicht entgangen, in welchen der Beginn der Psychose durch Hallucinationen angezeigt wurde und er fasste diese Gruppe unter der Bezeichnung „Wahnsinn“ als Primärstörung auf. So weit war die Sache auch in Ordnung und eine geringe Correction hätte zur vollständigen Klarstellung des klinischen Begriffes der Verrücktheit genügt.

Aber erst der allzustrengen wissenschaftlichen Psychiatrie unserer Tage war es vorbehalten, den Taufact dieser psychischen Störung mit einer Wichtigkeit auszustatten, die ihm nicht zu-

kommt und neue Verwirrung zu schaffen, wo im Gegenstande selbst keine Veranlassung zu einer solchen liegt. Denn einen Theil der Correction hat Griesinger selbst noch ausgeführt, indem er eine primäre hallucinatorische Geistesstörung als Erfahrungsthatsache gelten liess und es fehlte nur noch, die Verrücktheit aus dem Rahmen der Secundärstörungen überhaupt herauszunehmen. Eine genügend grosse Erfahrung lehrt auf's Unzweifelhafteste, dass die sogenannten psychischen Primäraffectionen niemals das complicirte und formell geordnete Bild der Verrücktheit als Folgezustand setzen. Die irreparablen Terminalzustände der acuten Psychosen, wie der Manie und der Melancholie, haben in allen Fällen den Charakter des apathischen Blödsinns oder der totalen Verwirrtheit, die sich in völliger Zusammenhangslosigkeit und gänzlicher Unorientirtheit äussert. Hallucinationen aber treten nie als Bereicherung eines Secundärzustandes erst auf. Im Terminalstadium der Manie und Melancholie tritt kein Zuwachs von krankhaften Erscheinungen ein; die Elemente des psychischen Lebens sind im Ver- und Zerfall. Damit also, dass die Verrücktheit, gerade so wie die Manie und Melancholie, als eine acute und von vorne herein mit den ihr zukommenden charakteristischen Symptomen auftretende, primäre Geistesstörung bezeichnet wurde, war in der That der klinischen Erfahrung Rechnung getragen. Alle weiteren Zuthaten der neueren Diagnostik trugen nicht zur Klärung bei. Insbesondere aber die angegebene Entstehung der Verrücktheit aus der Hypochondrie entspricht nicht der Erfahrung. Man kann mit Sicherheit behaupten, dass die Hypochondrie niemals die Quelle der wirklichen Verrücktheit abgibt und dass die bei Verrückten so häufigen hypochondrischen Wahnideen nicht Reste eines früheren hypochondrischen Zustandes, sondern eigene Producte der Verrücktheit selbst sind und auch einen ganz anderen Charakter haben, als die hypochondrischen Sensationen, die ja niemals ein wahnhaftes Gepräge haben. Ueberhaupt aber wurde der Transformation der psychotischen Zustände eine Häufigkeit und Bedeutung zugeschrieben, die der Erfahrung vollkommen widerspricht. Die Umwandlung eines typischen Krankheitsbildes in ein anderes, bleibendes, ausgenommen den terminalen Blödsinn, wird kaum je beobachtet.

Ein zweiter Grund der in dieser Frage herrschenden Verwirrung liegt in der falschen Schlussfolgerung, dass die Verrücktheit, wenn sie nicht zu den secundären Schwächezuständen zählt, auch nicht mit psychischer Schwäche einhergehen könne. Die Unrichtigkeit eines solchen Syllogismus liegt ja auf der Hand und wird durch die keineswegs seltenen Fälle von unzweifelhafter primärer Demenz direct nachgewiesen. Weiters aber wird eine besser prüfende Beobachtung der Fälle von Verrücktheit, durch den formellen Zusammenhang in den Aeusserungen und durch das scheinbar richtige Raisonnement über den Urtheilsdefect und den Schwachsinn der Verrückten nicht getäuscht. Freilich imponiren viele dieser Kranken durch eine Fertigkeit in der Combination ihrer wahnhaften Vorgänge, durch eine Gewandtheit in der Aeusserungsweise, durch eine scheinbare logische Gliederung ihrer Emanationen, die neben der psychischen Lahmheit weitgediehener Demenz als wahrer Geistesreichthum erscheinen. Ein besseres Eingehen in diese Verhältnisse aber lehrt, abgesehen von der hallucinatorisch-wahnhaften Grundlage dieses Geistesschillerns, auch in der Verbindung der Details und in dem inneren Zusammenhange der aneinandergekoppelten Vorstellungen Lücken und Fehler erkennen, die an der bestehenden Geistesschwäche kaum zweifeln lassen. Vornehmlich aber muss erwogen werden, dass, wenn auch in der Thatsache vereinzelt auftretender Wahnvorstellungen (Zwangsvorstellungen) oder Hallucinationen durchaus kein Zug von Geistesschwäche liegt, doch schon die Hinnahme derselben als realer und thatsächlicher Vorgänge, noch mehr die Verbindung derselben zu zusammenhängenden Systemen in unzweifelhaftester Weise einen nicht unbeträchtlichen Grad von psychischer Schwäche verräth. Man wird wohl kaum behaupten, dass die krankhaften Sinneswahrnehmungen (Hallucinationen) als solche grössere Kraft besitzen als die normalen Sinnesperceptionen. Sie kommen diesen Letzteren an Wirkungskraft gleich, wenn wir annehmen, dass Jemand mit gesundem Urtheil thatsächlich solche Wahrnehmungen machen würde, wie die Hallucinationen sind. Und doch würde der Gesunde solche merkwürdige Perceptionen nicht ohne Weiteres hinnehmen. Er würde vielmehr, je merkwürdigere und

erstaunlichere Eindrücke ihm seine Sinne zuführen, umso vorsichtiger bei deren Aufnahme und Beurtheilung sein, einer um so vielfältigeren und scrupulöseren Prüfung würde er diese unterwerfen; alle anderen Sinne würden zur Prüfung des einen Sinnes herangezogen. Nur dem defecten Urtheile, dem Schwachsinn gelten die eben auftauchenden Sinnesperceptionen sofort auch als Ausdruck thatsächlich gegebener äusserer Verhältnisse und nur der Schwachsinn lässt eine wunderbare oder auffällige Erscheinung durch eine andere gleiche bestätigen und verbindet sie zu einem Ganzen. So lange ein Individuum seinen Hallucinationen oder Wahnideen mit richtigem Urtheil und intacter Intelligenz gegenüber steht, ist auch von einer Verrücktheit nicht die Rede, wenn die Elemente derselben auch vorhanden sind. Dafür haben wir in den Fällen von richtig beurtheilten Hallucinationen und in den sogenannten Zwangsvorstellungen, welche nichts Anderes als bewusste Wahnvorstellungen repräsentiren, die unzweideutigsten Belege.

Wir haben es demnach in der Verrücktheit mit einem entschiedenen psychischen Schwächezustande zu thun, dessen Cardinalsymptome neben der Demenz systemisirte Hallucinationen und Wahnideen sind. Der Schwächezustand ist entschieden kein secundärer in dem Sinne, dass demselben eine andere psychische Störung vorausgegangen wäre und die Hallucinationen insbesondere gehören zu den ersten Erscheinungen dieses Zustandes. In höchst interessanter und scharfblickender Weise beleuchtete Leidesdorf diese Form der Geistesstörung durch den Hinweis, dass in derselben zumeist ein das Gehirn schwer belastendes aetiologisches Moment, wie Heredität, Trauma, infantile Gehirnkrankheit, die originäre Demenz und damit das ganze Krankheitsbild dem Verständnisse näher bringe. In der That gelingt es in sehr vielen Fällen den Nachweis zu liefern, dass es sich bei den in dieser Weise psychisch erkrankten Individuen um schwere Prädispositionsmomente, um „invalide Gehirne“, wie Schüle sie zutreffend bezeichnete, handle.

Wir wollen nur noch in Kürze auf den Inhalt der Wahnideen und Hallucinationen eingehen, weil auf diesen diagnostisches Gewicht gelegt wurde. Als charakteristisch wurde für

die Verrücktheit die Combination der Verfolgungs- mit Grössenideen angegeben. Man musste, da die klinische Erfahrung gerade der Verrücktheit viel reichhaltiger und mannigfaltiger ist, um derselben zu entsprechen, mehrere Unterabtheilungen machen und unterschied die Verrücktheit nach dem Inhalt der Wahnvorstellungen in Gruppen, die sich den verpönten Monomanien der früheren französischen Autoren ausserordentlich annäherten. Man differenzirte nicht nur eine melancholische und maniakalische Verrücktheit, sondern sonderte eine Gruppe mit Verfolgungs- und Grössenideen als typisch ab und sprach endlich auch von einer Verrücktheit mit vorwiegendem Begattungswahn etc. Es leuchtet ein, dass mit einem solchen Vorgehen der Trennung in's Unendliche alle Thüren geöffnet und dem individuellen Geschmack der Beobachter Concessionen gemacht werden, die die gemeinsame Verständigung auf's Aergste schädigen und ganz in Frage stellen. Dazu kommt die Erwägung, dass man der Vielfältigkeit der Wahnideen und den zahllosen Variationen in der krankhaften Combination derselben mit gesundem Verstande unmöglich folgen kann, weil für das geschwächte Urtheil der Verrückten jede auftauchende Vorstellung und jede, auch die barockste und ungeheuerlichste Association der verschiedenen Perceptionen sofort auch die bindende Kraft feststehender, thatsächlicher Verhältnisse haben.

Das Symptomenbild der Verrücktheit ist so ungemein reichhaltig und birgt eine solche Fülle von Details, dass selbst die sorgfältigste und ausführlichste Beschreibung nicht erschöpfend sein kann. Es gibt kaum einen Begriff oder eine Vorstellung, so phantastisch sie auch sein mögen, und es existirt keine Association derselben, die von dem Verrückten nicht producirt würde. Argumente aus der Bibel wie aus der Astronomie, aus der täglichen Praxis, wie aus versteckten physikalischen Problemen werden mit einer Volubilität und Geistesbiegsamkeit vorgebracht, die dem Beobachter oft genug Staunen abzwingen. Und es ist keine Erfindung auf irgend einem Gebiete so neu und ungewohnt, so wenig erhärtet und anerkannt, dass sie nicht bereitwilligst in das System der Wahnvorstellungen der Verrückten aufgenommen und systematisch verarbeitet würde.

Kaum in einem Falle lässt sich der erste Beginn der Störung, die in der Regel erst nach jahrelangem Bestande zur ärztlichen Beobachtung kommt, erkennen. Die von den Kranken angegebenen Initialsymptome lassen an Verlässlichkeit Alles zu wünschen übrig; die Umgebung der Patienten aber wird gewöhnlich erst durch späte und besonders auffällige Erscheinungen auf die wahre Natur der Vorgänge aufmerksam gemacht. So weit sich die Alienation zurückverfolgen lässt, beginnt sie mit kleinen hallucinatorischen Anfängen und den Wahnvorstellungen beobachtet zu werden. Die Kranken geben an, dass sie ihnen unbekannte Menschen bemerkt hätten, die sie auf der Strasse beobachteten, ihnen bei ihren Ausgängen folgten, im Vorübergehen sie anstiessen, vor ihnen ausspuckten und irgend ein beleidigendes oder ganz unverständliches Wort ihnen zuraunten. Bald beschäftigen sich die Hausleute mit ihnen, stehen in Gruppen beisammen und flüstern mit bedeutsamen Blicken nach ihnen selbst, unterbrechen die Unterhaltung, so wie sie ihrer ansichtig werden, lassen aber nicht ab, durch sonderbare Gesten und Geräusche darauf aufmerksam zu machen, dass es sich lediglich um sie, die Kranken, handle.

In dem Maasse, als die Hallucinationen deutlich werden und sich mehren und als mehrere Sinne hallucinatorisch ergriffen werden, wird das Krankheitsbild lebendiger und als solches kenntlicher. Die Hallucinationen bilden die festen, immer sich mehrenden Glieder, die durch die Demenz zu einem zusammenhängenden Wahngebäude gefügt werden. Die unbestimmten Vermuthungen, beobachtet und verfolgt zu werden, werden in erster Linie durch Gehörstäuschungen zur Gewissheit. Die Hallucinationen des Gehörs sind für die psychische Störung, die man als „Verrücktheit“ bezeichnet, die ersten und häufigsten. Die Kranken hören sich beschimpfen und bedrohen: man spricht in höchst abfälliger, verläumderischer Weise von ihnen, beschuldigt sie des Diebstahls, der Faulheit, der Unpünktlichkeit bei ihren Geschäften, droht ihnen mit Freiheitsstrafen, lässt nicht ab, unwahre Gerüchte über sie auszustreuen, so dass sie überall scheel und verächtlich angesehen werden und bald jeden Verkehr mit der Aussenwelt aufgeben müssen und ihre Woh-

nung nicht mehr verlassen. Doch wird ihnen alsbald auch der häusliche Aufenthalt verleidet, denn man spricht vor den Fenstern, schreit durch die Wände, belauscht ihr ganzes Thun und Lassen und zwingt sie so ihren Aufenthaltsort aufzugeben. Und nun beginnt die ganze grosse Reihe von Erscheinungen zunehmender Unruhe und ängstlich reizbarer Verstimmung. So oft sie ihren Aufenthalt auch wechseln und wohin sie auch kommen mögen, wiederholen sich die Zeichen der Missachtung und Verfolgung, so dass die Kranken an einen Zusammenhang aller Verfolgungen, an ein systematisches Zusammenarbeiten aller Verfolger zu denken beginnen. Eine weitverzweigte Gesellschaft, die mit den verschiedensten Namen belegt und mit den weitgehendsten Vollmachten und Kräften ausgestattet wird, betreibt die Verfolgung mit unermüdlichem Eifer und rastloser Erfindungskraft, deren Mannigfaltigkeit und Ergiebigkeit im Auffinden neuer Belästigungen und Qualen mit den hallucinatorischen Vorgängen der Kranken begreiflicher Weise gleichen Schritt hält, weil ja diese die unerschöpfliche Quelle jener sind. Zu den Hallucinationen des Gehörs treten die des Gemeingefühls und Geruchs hinzu und schaffen Qualen und Leiden der ungeheuerlichsten Art in unzählbarer Menge. Die Verfolger werden mit allen wissenschaftlichen und phantastischen Hilfsmitteln ausgerüstet, um die Beeinträchtigung der Kranken in ausgiebiger Weise betreiben zu können. Die Entfernungen werden durch weitverzeigte elektrische und magnetische Apparate überbrückt, Telegraph und Telephon vermitteln das prompte Ineinandergreifen der Thätigkeit verschiedener Agenten; die Kranken sind in ihren geheimsten und intimsten Augenblicken nicht unbeobachtet; ihre Gedanken liegen den Angreifern offen da; die Briefe, die sie schreiben, werden ihnen von den unsichtbar Gegenwärtigen sofort laut vorgelesen; ja sie vermögen kaum eigene Gedanken zu haben oder niederzuschreiben, denn sind sie ganz in der Gewalt ihrer Peiniger, die ihnen ihre Gedanken aufzwingen und ihre ganze Handlungsweise beliebig verändern. Durch magnetische Spiegel werden sie in den intimsten und lächerlichsten Situationen den Blicken Aller preisgegeben; in den Zeitungen werden böswillige Notizen über sie abgedruckt

und zur allgemeinen Kenntniss gebracht; mittelst elektrischer und magnetischer Apparate werden sie in der gräulichsten Art maltraitirt, ihre Genitalien gereizt, die Wirbelsäule verrenkt, die Knochen gesägt, ihnen Verstopfung gemacht, die Verdauung aufgehoben; übelriechende Dünste werden durch ein Röhrensystem in ihre Wohnung geleitet; sie werden nach Willkür eingeschläfert und wieder aus dem Schlaf geweckt, werden geschlechtlich missbraucht; in ihre Speisen kommt Gift oder ekelerregende Zuthat; sie werden von Aerzten und Studirenden zu wissenschaftlichen Untersuchungen missbraucht und in schmerzhafter Weise stetig herangezogen.

Es wäre vergebliche Mühe, die endlosen Qualen und Martern dieser Kranken schildern zu wollen, denn selbst die schärfste und beredteste Detailmalerei bliebe immer weit hinter der Reichhaltigkeit der klinischen Bilder dieser Form der Geistesstörung weit zurück.

Weniger klar und aus seiner hallucinatorischen Provenienz nachweisbar als der Verfolgungswahn, ist der seltener beobachtete Grössenwahn bei Verrückten. Nicht immer gelingt es, in bestimmten Hallucinationen die Wurzel dieser Grössenideen aufzufinden, wenngleich Hallucinationen angenehmeren Inhaltes nicht selten die Reihe der früher ausgeführten quälenden Sinnestäuschuugen intercurrent durchbrechen. Die Grössenwahnvorstellungen, wie sie die Verrücktheit ab und zu compliciren, haben eine nahezu constantes, typisches Gepräge und können kaum mit denen der paralytischen Geistesstörung verwechselt werden. Die Mehrzahl der Verrückten beschäftigt sich in ihren Grössenideen mit ihrer Abstammung. Gewöhnlich in leisen Andeutungen und geheimthuender Rückhaltung weisen sie auf ihre geheimnissvolle Abstammung, auf ihre hohe Abkunft und auf verwandtschaftliche Beziehungen zu hohen Gesellschaftskreisen hin. Selten sprechen sie sich klar über diese Verhältnisse aus und mit rückhaltsvollem Lächeln und vorgeblicher eigener Unwissenheit decken sie ihre innere Ueberzeugung einer sehr hohen Abkunft. Die eigenen Eltern werden gewöhnlich nur als Pfleger hingestellt, die die Aufgabe haben, den Hoffnungsvollen bis zum Tage der Erhöhung und Anerkennung zu bewah-

ren und zu erhalten. Höchst selten bezeichnen diese Kranken in präciser Weise ihre Ansprüche und sie lieben es, durch dunkle Hinweise auf Unbekanntes der Phantasie der Zuhörer den freiesten Spielraum zu lassen in Betreff der eigenen Rangstellung. In gleicher Weise unbestimmt sind die Aeusserungen, die sich auf ihre hohen Kenntnisse und Fähigkeiten beziehen. Sie glauben sich im Besitze von geheimnissvollen Kräften, durch die sie die Vorgänge der Natur beherrschen und deren gesetzmässigen Ablauf sie in willkürlicher Weise ändern zu können meinen. Sie haben eine Methode der weitgehendsten Ausnutzung des Bodens, der gewinnbringendsten Ausbeute von Bergwerken; kennen das Geheimniss der Goldmacherei aus werthlosen Materialien; besitzen ein Finanzproject, das alle Armuth mit einem Schlage endet; können Regen und Sonnenschein nach Gutdünken eintreten lassen, vermögen in die Ferne zu wirken, haben ein Seh- und Gehörsvermögen, das durch Entfernungen gar nicht beeinflusst wird; können mittelst Elektricität oder nur ihnen bekannter Kräfte Kranke gesund und Todte lebendig machen u. s. w. u. s. w.

Häufig genug ist der eben geschilderte Grössenwahn der ganze Inhalt der Verrücktheit und nur selten gehen diese Grössenideen gleichzeitig neben Verfolgungsideen einher. Irgend einen Zusammenhang dieser beiden Wahnvorstellungsarten, insbesondere die Bildung von Grössenideen auf dem Wege einer directen Schlussfolgerung aus dem Verfolgungswahne konnten wir nicht constatiren und liegen in der unbefangenen klinischen Beobachtung sicher keine Gründe zu einer solchen Annahme vor. Es existiren ganz bestimmt keine verlässlichen Erfahrungsthatsachen, aus welchen zu erkennen wäre, dass die Kranken durch ihren Verfolgungswahn auf dem Wege des Erklärungsversuches zum Grössenwahne gelangen. Diese Anschauung erhebt sich nicht über das Niveau einer gar nicht gestützten subjectiven Meinung. Es muss vielmehr angenommen werden, dass die Kranken zu ihren Grössenideen auf demselben Wege gelangen, der ihnen ihre Verfolgungsideen zuführt. Für die Kranken bedarf es keines zureichenden Grundes, die Verfolgungs- oder Grössenideen als wahr anzunehmen oder zu

begreifen. Für die geschwächte Intelligenz der Verrückten ist die Thatsache des Vorhandenseins von bestimmten Vorstellungen zugleich auch Beweis ihrer Echtheit und unverrückbaren Realität.

Was die Stimmung der Verrückten betrifft, so hat man ihnen früher mit Unrecht schwere und tiefgehende Verstimmungen abgesprochen. Wohl wurde immer darauf hingewiesen, dass Verstimmungszustände aus den Wahnvorstellungen und Hallucinationen hervorgehen, doch hielt man dieselben für weniger actuell und wichtig. Die Erfahrung jedoch lehrt, dass selbständige Verstimmungszustände kaum jemals so intensiv und kräftig werden, wie die, die sich an krankhafte Vorstellungsgebilde anschliessen. Die depressive Verstimmung und die Verzweiflung hallucinatorisch verfolgter und geängstigter Verrückter erreichen oft genug eine Höhe, die in schaudervollen Thaten und blutigen Handlungen zum Ausbruch kommt. Darin liegt eben ein charakteristischer Zug dieser Kranken, dass sie sich weder in ihren Schmerz, noch in ihre Hoffnung still versenken, sondern in energischer Weise den einen abwehren, die andere realisiren wollen. Dem mit Verfolgungswahn Behafteten genügt nicht die stille Klage gegen sich und Andere, das Jammern und Weinen über das traurige Los, wie es die Melancholiker kennzeichnet, sondern sie lehnen sich activ auf gegen ihre Verfolger und Bedrücker. Sie schreiten bei der Behörde ein und treten klagbar auf sowohl gegen Andere, von denen ihnen vermeintliches Unrecht droht, als auch gegen sich selbst, wenn sie sich in Selbstanklagen ergehen; sie schaffen sich auch selbst ihr Recht und strafen ebenso ihre Peiniger, wie sie sich eventuell selbst mit dem Tode strafen oder durch den Selbstmord sich allen weiteren Qualen entziehen.

Ebenso aber sind sie eifrig und unermüdlich im Geltendmachen ihrer wahnhaften Ansprüche und ihrer Pläne. Sie bleiben nicht, wie die Paralytiker, bei der eigenen Freude am Besitz und Machtstellung stehen; sie wollen sich von allen Seiten anerkannt sehen. Sie überhäufen die Aemter mit den ausgedehntesten Nachweisen ihrer Rechtsansprüche, überfluthen sie mit ihren weitläufigen Glückseligkeitsprojecten und wollen die

Durchführung ihrer Pläne erzwingen. Jeder Abweisung und Nichtanerkennung setzen sie ein unglaubliches Maass von Verachtung oder einen bedenklichen Grad reizbarer Verstimmung entgegen. Und eben in der unmittelbaren und unbedingten Hingabe an jede eben auftauchende Wahnvorstellung und Hallucination und der damit verbundenen, sofort auch zur Activität hinneigenden Verstimmung, liegt die besondere Gefährlichkeit der Verrückten sowohl gegen sich selbst, als auch gegen Andere. Es erhellt hieraus die Leichtfertigkeit, mit der man über solche, mit „fixen Ideen“ behaftete Kranke, als über ganz ungefährliche und harmlose Individuen hinweggeht. Die Thatsache der hohen Gemeingefährlichkeit dieser Kranken wird dadurch nicht im Geringsten erschüttert, dass eine grosse Zahl derselben ohne jede Ueberwachung nicht nur ausserhalb von Anstalten lebt, sondern oft ihren verantwortlichen Berufspflichten durch lange Zeit ungestört obliegt.

Der Verlauf der Verrücktheit ist ein chronischer und prognostisch ungünstig. In den häufigsten Fällen zieht sich die Störung über Jahre in ungebrochener hallucinatorischer Kraft hin, während welcher Zeit die Kranken durch formell richtiges Raisonnement noch immer unter den anderen Geisteskranken als intelligent hervorragen. Doch stellt sich auch bei diesen Kranken im Verlaufe von Jahren mit dem zunehmenden geistigen Verfall ein Zustand von Zusammenhangslosigkeit und Verwirrtheit ein. Zu der von vorne herein beobachteten Lückenhaftigkeit des Urtheils tritt nun auch die Mangelhaftigkeit der formellen Aeusserungsweise und es geht selbst der frühere scheinbare Zusammenhang der krankhaften Gehirnvorgänge verloren. In der, diesem vorgeschrittenen Stadium eigenthümlichen Wortbildung und Ausdrucksweise kommt eine neue, für diese Kranken charakteristische Erscheinung zu dem früheren Symptomencomplexe hinzu. In einer ganz unaufgeklärten Art schaffen die Patienten Bezeichnungen für ihre Marterinstrumente, für die Gesellschaft ihrer Verfolger, für ihre Fähigkeiten und Amtswürden, die vollkommen unverständlich bleiben und von welchen es zweifelhaft ist, ob wir in ihnen verstümmelt percipirte oder zum Ausdruck gebrachte Hallucinationen, oder wirklich von den Kranken selbst gebildete Producte vor uns haben.

Höchst selten sind jene Fälle, in welchen die Störung nach mehreren Wochen oder nach 5 bis 6 Monaten zur Heilung kommt. In diesen Fällen blassen die Hallucinationen ab, die mit denselben verknüpften Verstimmungszustände lassen nach, die Kranken können vorerst nur in ruhigen Pausen ihren Zustand als krankhaft erkennen und beurtheilen, bis sie mit zunehmender Restitution den leise abklingenden hallucinatorischen Vorgängen mit einsichtsvoller Kritik gegenüber stehen, und endlich auch dieser Krankheitsrest geschwunden ist. Doch ist auch in diesen Fällen häufiger, dass die Wiederherstellung keine definitive und bleibende ist und dass Recidiven schon nach kurzer Zeit wieder eintreten; so dass der jeweilige Nachlass der Störung eher eine Remission, als eine wirkliche Heilung bedeutet.

Die Seltenheit der Heilung einer Verrücktheit hat nicht allein in der Zähigkeit der Hallucinationen im Allgemeinen ihren Grund, von welcher nur die auf dem Wege einer Intoxication zu Stande gekommenen ausgenommen sind, sondern mehr noch in den schweren causalen Momenten, die so häufig die Basis abgeben, auf welcher die Verrücktheit zur Entwicklung kommt. Wir haben früher schon erwähnt, dass man es in den meisten Fällen von Verrücktheit mit einem, durch besonders schwere aetiologische Momente invalidirten Gehirne zu thun hat, — aetiologische Momente, deren schädigende Wirkung überhaupt nicht leicht als vorübergehend gedacht werden kann. In der Mehrzahl der Fälle wird man finden, dass die an Verrücktheit erkrankten Individuen entweder entschiedene Geisteskranke oder mit schweren Neurosen Behaftete in ihrer Familie haben, oder dass deren Vater ein notorischer Säufer war; dass die Kranken selbst oder mehrere ihrer Geschwister infantile Gehirnkrankheiten durchgemacht; dass sie vor längerer Zeit schwere Schädeltraumata erlitten haben, von jeher geistig schwach und von langsamer und mangelhafter Entwicklung waren, oder dass die Störung mit dem Eintritte einer totalen physiologischen Umwälzung im Organismus zusammenfällt.

Es wird dies durch die Darlegung der Lebenszeit, in welche das Auftreten der Verrücktheit fällt, noch evidenter werden. Obwohl die Verrücktheit in keinem Lebensalter selten ist, fin-

det man doch die grösste Zahl der Erkrankungen in dem sonst für Psychosen seltenen Alter von 18 bis 22 und in der Zeit vom 40. bis 50. Lebensjahre. Diese verschiedene Erkrankungszeit enthält auch zugleich eine Verschiedenheit nach dem Geschlechte der Erkrankten, so zwar, dass in der Jugendperiode mehr männliche, in der späten Lebensperiode von 40 bis 50 mehr weibliche Individuen an Verrücktheit erkranken; während bei einer allgemeinen Zahlenübersicht nur ein geringer Unterschied in Bezug auf das Geschlecht der Verrückten hervortritt und nur ein mässiges Plus für die Frauen erkennen lässt. Unter diese im jugendlichen Alter erkrankten Individuen zählen zumeist die Hereditarier und die, die eine infantile Gehirnkrankheit durchmachten und bei denen die Pubertät oder die erhöhten Anforderungen, die an ihr Gehirn gestellt wurden, Veranlassung zum Ausbruch der Störung gegeben haben. Man kann weder der Pubertät, noch dem verbreiteten Laster dieser Lebensperiode, der Onanie, eine ausschlaggebende aetiologische Bedeutung für das Zustandekommen von Psychosen beimessen; denn die Erfahrung lehrt, dass diese Individuen aus sehr früher Zeit eine cerebrale Belastung tragen, welche die Entwicklung einer psychischen Störung gar nicht merkwürdig erscheinen lassen.

Anders verhält es sich mit den Fällen von Verrücktheit, die bei Frauen in die Zeit vom 40. bis 50. Lebensjahre, also in die Zeit der klimakterischen Involution fallen. Die schwerwiegende Bedeutung des Klimakteriums wurde von vielen Autoren mit vollem Rechte hervorgehoben und es ist nach allen diesbezüglichen Erfahrungen zweifellos, dass dem Klimakterium, diesem deutlichen Marksteine beginnender Senescenz, eine selbstständige und schwerwiegende Bedeutung für die Entwicklung psychischer Störungen überhaupt und insbesondere für die Entwicklung der Verrücktheit zugesprochen werden muss. Der Symptomencomplex von Verfolgungs- und Grössenwahn mit constanter hallucinatorischer Erregung kehrt in diesem Lebensalter bei Frauen, deren Gehirn sonst in keiner Weise belastet ist, so häufig wieder, dass man denselben fast als das typische klimakterische Irresein betrachten kann.

Die Verlaufsdauer der Verrücktheit kann auch kaum annähernd bestimmt werden. In dem Gehirnprocesse selbst liegt

kein Grund eines lethalen Abschlusses der Verrücktheit und so kann sich die Störung, wenn nicht eine intercurrente somatische Krankheit dem Leben des Patienten früher ein Ende macht, über Jahre und Jahrzehnte hinziehen.

Die Behandlung der Verrücktheit wird, nach dem schon über Prognose und Ausgang Ausgeführten nicht viel zu thun finden, wenn man damit lediglich ein auf Heilung abgezieltes Vorgehen meint. Nicht nur die häufig zu Grunde liegende Invalidität des Gehirns benimmt einen grossen Theil der Aussicht auf guten Erfolg, sondern die Cardinalerscheinungen der Psychose selbst bieten dem therapeutischen Eingreifen wenig Angriffspunkte. Gerade die Elemente der Verrücktheit, die Hallucinationen und Wahnvorstellungen, die wir nach den Auseinandersetzungen im allgemeinen Theile für im Wesen vollkommen gleiche Vorgänge erachten und mit deren Auseinanderhaltung wir nur der herkömmlichen Bezeichnungsweise ein Zugeständniss machen, — die Hallucinationen und Wahnvorstellungen erweisen sich jedem Heilverfahren unzugänglich. Wir können ebensowenig das Auftreten derselben verhindern, als wir die einmal vorhandenen zum Rückgehen bringen können. Alles was zu thun ist, beschränkt sich erstens auf genaue Beobachtung und Ueberwachung der Kranken, damit sie in ihrem Vorgehen nicht gegen sich selbst und Andere aggressiv werden, und zweitens darauf der Erregungszustände Herr zu werden, die fast immer mit den Hallucinationen, je nach deren Inhalt, einhergehen. Nicht in allen Fällen solcher intensiver Erregungszustände besteht auch Schlaflosigkeit. Oft genug cessiren die quälenden Sinnesdelirien Nachts und die Kranken haben ruhigen, regelmässigen Schlaf. Deshalb kann auch vom Chloralhydrat in den meisten Fällen vollständig Umgang genommen werden oder dessen Gebrauch allenfalls auf einzelne, besonders unruhige und schlaflose Nächte aufgespart bleiben. Gegen die, an die hallucinatorischen Vorgänge sich anschliessenden Erregungszustände wird vorzugsweise und mit grösster Aussicht auf Erfolg das Morphium u. z. in subcutaner Anwendung herbeigezogen werden. Es hat dieses nicht nur die momentane beruhigende Wirkung für sich, sondern man kann erwarten, dass die einmalige Injection für einen halben, ja einen ganzen Tag Beruhigung herbeiführt.

Weniger zu erwarten hat man von dem Bromkali, von welchem man sich trotz aller gegentheiliger Erfahrungen doch immer und in jedem Falle beruhigende Wirkung erhofft und von dessen vergeblicher Anwendung man auch noch lange nicht absehen wird; vielleicht weil vorläufig noch kein anderes Medicament zur Hand ist, das man mit irgend welcher, sei es auch nur eingebildeter Berechtigung geben könnte. Jedenfalls wird man gut thun, das Bromkali, eingedenk der Erfahrungen, nicht in unmässigen Dosen zu verabreichen, die, ohne die Wirkung zu erhöhen, nur die Verdauung in hohem Grade beeinträchtigen und alsbald auch die anderen Folgeübel des Bromkali nach sich ziehen. Zwei bis vier Gramm in 2 Dosen täglich wird wohl die Menge sein, die man rationeller Weise nicht überschreiten soll. Gute Wirkung, bessere jedenfalls als vom Bromkali allein, haben wir von einer Mischung von 2 bis 4 Gramm Bromkali mit 0·05 Gramm Morphium in Lösung, die wir löffelweise in einem Tage gaben, eintreten gesehen.

Wir wollen nur noch mit wenigen Worten die sogenannte psychische Behandlung der Verrücktheit berühren. Dieselbe kann nur darin bestehen, dass man sich mit dem Kranken überhaupt nicht auf das Gebiet seiner krankhaften Vorstellungen begibt, weder indem man ihm zustimmt, noch indem man das Krankhafte derselben klarzulegen versucht. Es kann eben weder das eine, noch das andere Verhalten zu irgend einem Ziele führen. Man ist nicht im Stande, dem Kranken Beruhigung zu verschaffen, wenn man seinem Gedankengange folgt, weil man den Widerstand der realen Verhältnisse nicht zu überwinden vermag, wenn man sich dem Kranken in der Abwehr der vermeintlichen Verfolgungen oder in den Bestrebungen, seine Pläne zu verwirklichen, anschliesst. Man ist aber ebenso wenig im Stande, durch Vernunftsgründe und kritische Untersuchung der vom Kranken vorgebrachten Dinge denselben von der pathologischen Natur seiner Vorstellungen zu überzeugen. Denn einmal bestehen die krankhaften Vorgänge und weichen logischen Gegenargumenten sicher nicht; dann aber vermag die stets mit diesem Zustande verbundene Geistesschwäche ebenso wenig dem Urtheile Anderer zu folgen, als sie dem Kranken selbst ein eigenes zutreffendes Urtheil über seine Vorgänge ermöglicht.

Was die differential-diagnostischen Verhältnisse anlangt, so glauben wir den praktischen Bedürfnissen nicht nur zu genügen, sondern ihnen auch ganz zu entsprechen, wenn wir unter der Bezeichnung „Verrücktheit“ die chronisch verlaufende hallucinatorische Geistesstörung mit allen ihren symptomatologischen Varianten unterbringen und von jeder Unterabtheilung vollkommen absehen. Wir sehen keinen praktischen Gewinn darin, für die verschiedenen Verstimmungszustände oder den verschiedenen Vorstellungsinhalt der Verrücktheit ebenso differente Krankeitsbilder anzunehmen. Denn weder sind diese Krankheitsbilder von geringerem symptomatologischen Umfang wirklich typisch und constant, noch auch sind sie in ihrem wahren Wesen klarer, als die Cumulativbezeichnung.

Wissenschaftlich aber ist die ganze Nomenclatur und Classification der Psychosen so lange ganz irrelevant und werthlos, als der Name nicht gleichzeitig einen von allen Seiten klaren und in seinem Wesen erkannten Begriff bezeichnet. So lange dies nicht der Fall ist, ist die classificatorische Bezeichnung der psychischen Störungen nur eine berechtigte Concession, die man dem täglichen praktischen Bedürfnisse macht und sie muss diesem zu entsprechen die einfachste und übersichtlichste sein, weil eine zu breite Nomenclatur, ohne entsprechende Erkenntniss, nur die Verwirrung vermehren kann.

---

5. Cap.

Die Demenz.

Keine andere Form psychischer Störung kommt an Breite des Symptomencomplexes, an Reichhaltigkeit der krankhaften Erscheinungen und an Abstufungen und Intensitätsdifferenzen der Demenz gleich. Das Gebiet der Demenz, das nach der einen Seite von den höchsten Graden des Cretinismus, nach der andern Seite in ganz verschwommener Weise von den leichtesten Graden des Schwachsinns, wie er in der Erschei-

nungsgruppe des sog. „moralischen Irrsinns“ begrenzt wird, ist so gross und umfassend, dass darunter die Uebersichtlichkeit des Krankheitsbildes leiden muss. Es können die Schwierigkeiten nicht verborgen bleiben, die sich einer Verfolgung der Demenz durch alle ihre Entwicklungsstufen hindurch entgegenstellen und muss jede Darlegung dieser Form psychischer Störung von vorne herein darauf verzichten, ein vollständiges und abgerundetes Bild derselben zu geben. Die Darstellung der Demenz kann daher nur darauf gerichtet sein, das Gemeinsame der verschiedenen Bilder herauszuheben und die unveränderlichen Charakterzüge anzugeben, die zur richtigen diagnostischen Beurtheilung der Einzelfälle verhelfen können. Dass dabei ein Theil immer dem eigenen Urtheil der Beobachter überlassen bleiben muss, liegt auf der Hand, ist aber auch eine Eigenthümlichkeit jeder klinischen Disciplin, für welche ein Lehrbuch niemals die eigene Beobachtung zu ersetzen vermag, noch weniger diese überflüssig machen kann.

Es wird die Uebersichtlichkeit des Krankheitsbildes gewinnen, wenn wir alle jene Zustände von Demenz ausschliessen, die sich im Anschlusse an vorangegangene psychische Störungen ganz anderen Charakters entwickeln, kurz jene, welche man als „secundäre Demenz“ bezeichnet. Wir können diese eigentlichen Folgezustände um so eher hier übergehen, als sie keine selbständige klinische Bedeutung haben, sondern zum Verlaufe anderer Psychosen gehören, bei deren Behandlung sie erwähnt werden müssen. Ebenso können hier jene Fälle von Demenz unberücksichtigt bleiben, in welchen dieselbe nur den Werth eines Einzelsymptoms, nicht aber den eines Krankheitszustandes hat. Es kann sich also hier nur um die Darlegung desjenigen psychotischen Zustandes handeln, dessen Symptome sämmtlich die der psychischen Schwäche, des mangelhaften oder ganz fehlenden cerebro-psychischen Mechanismus sind. In erster Linie kommen also in Betracht alle Zustände von angeborener Demenz ohne Complication mit anderen psychotischen Symptomen, denen sich die in Erscheinungen und Verlauf vollkommen entsprechenden, erworbenen Demenzzustände anschliessen.

Die tiefsten Grade des angeborenen Blödsinns repräsentirt der Cretinismus, mit welchem Namen die von den klimatischen und tellurischen Einflüssen der Oertlichkeit abhängige Geistesschwäche bezeichnet wird. Ihre Entwicklung ist an locale, bisher freilich in ihren Wirkungen noch unbekannte Bedingungen geknüpft und geht immer auch mit somatischen Merkmalen zurückgebliebener und mangelhafter Entwicklung einher. Neben der Geistesschwäche verschiedener Intensität bestehen Missbildungen des Kopfes, Verkrümmungen der Wirbelsäule, mangelhafte Ausbildung der Extremitäten, der Genitalien, hochgradiges Struma etc.

Die Demenz dieses Zustandes schwankt in ihren Entwicklungsgraden zwischen vollkommenem Fehlen jeder psychischen Thätigkeit und totaler Unfähigkeit einer Aneignung selbst der primitivsten Erfahrungen und jenem Grade von Blödsinn, in welchem die Individuen einige, auf die Befriedigung der dringendsten körperlichen Bedürfnisse Bezug habende psychische Thätigkeit zu entfalten vermögen. Niemals aber erhebt sich die cerebrale Arbeit zur Höhe eigener und selbständiger, von den nächsten vegetativen Impulsen unabhängiger Leistungen. Mit allen Graden des Cretinismus geht in der Regel eine mangelhafte Entwicklung des Gehirns einher. Mikrocephalie, Porencephalie, grosse Armuth an Hirnwindungen, Verkürzung der Grosshirnhemisphären, Mangel des Balkens, Offenbleiben der Sylvischen Grube etc. sind gewöhnliche Befunde an Cretinengehirnen und erklären den ungeheuren Tiefstand der cerebralen Functionen. Bei diesem Zustande kommt es vor, dass die Individuen ein ungemein verlangsamtes Wachsthum zeigen, das oft das eines normalen 5—6jährigen Kindes niemals überschreitet. Sie lernen niemals gehen oder stehen, erlangen nie die Fähigkeit zu sprechen, sind vollkommen unrein und führen ein rein vegetatives Leben. In einigen anderen Fällen kommen die Individuen wohl bis zur Fähigkeit zu stehen und zu gehen, doch ist die Bewegung der Extremitäten immer mangelhaft, die Füsse werden geschleppt, die Haltung ist von dem Maass der Missbildung der Wirbelsäule bestimmt, die Sprache weist nicht nur einen sehr mässigen Wortreichthum auf, sondern ist auch inner-

halb des zu Gebote stehenden Wortschatzes fehlerhaft, stotternd, lallend und können einzelne Buchstaben niemals ausgesprochen werden. Doch gibt es unter diesen Individuen solche, die bei sehr geringer psychischer Leistungsfähigkeit leichtere, wenig complicirte Arbeiten, die an den Denkprocess keinerlei Anforderungen stellen, zu verrichten im Stande sind; deren Bildungsfähigkeit aber bleibt minimal und kann in keiner Weise über das, die nothwendigsten täglichen Bedürfnisse des körperlichen Lebens kaum erreichende Niveau erhoben werden.

Wie erwähnt, ist das Vorkommen dieses cretinistischen Blödsinns in noch nicht genügend erhelltem causalem Zusammenhange mit Verhältnissen, die in gewissen Orten wurzeln; dessen Auftreten daher local beschränkt und innerhalb dieser Orte endemisch. Der ganze Zustand besteht in mangelhafter Veranlagung und Ausbildung des Centralnervensystems in erster Linie und einer daraus sich ergebenden hochgradigen Demenz, die mit andern körperlichen Entwicklungsfehlern und Gebrechen verbunden ist. Einmal vorhanden, kann dieser Defectzustand nicht verändert werden; weder Erziehung noch ärztliche Behandlung haben irgend einen verbessernden Einfluss auf denselben. Ebenso wenig aber kann derselbe auch acquirirt werden. Der Cretinismus bildet auch niemals einen Gegenstand ärztlichen Eingreifens. Wohl aber kann es auch bei geringeren Entwicklungsgraden dieses Defectzustandes zu Handlungen kommen, die eine Collision mit den Behörden herbeiführen und eine ärztliche Begutachtung herausfordern, die bei Beachtung der erwähnten Momente kaum nennenswerthe Schwierigkeiten machen dürfte.

Der Idiotismus ist gleichwie der Cretinismus ein Zustand angeborner Demenz, hängt jedoch nicht von äusseren Verhältnissen wie dieser ab und steht in keinem Zusammenhange mit localen Einflüssen. Er ist zumeist das Resultat erblicher Veranlagung und bildet das Endglied der langen Kette hereditär fortgepflanzter Krankheiten des Centralnervensystems. Ausgesprochene Geistesstörungen der Eltern, schwere Neurosen der Antecedenten, wie Epilepsie, Trunksucht oder sonstige, das Gehirnleben der Progenitoren in schwerer Weise schädi-

gende Momente, setzen bei den Nachkommen nicht selten Idiotie. Doch werden neben diesen hereditären Einflüssen gewiss noch fötale Vorgänge pathologischer Natur, die vielleicht ausschliesslich das Gehirn treffen, als Ursachen des Idiotismus in Betracht kommen. Auf diese intrauterinen Cerebralerkrankungen werden wohl jene zahlreichen Fälle von angeborenem Hydrocephalus, Missbildung des Schädels etc. zurückzuführen sein, für welche ein Hereditätsmoment nicht aufgebracht werden kann. Ebenso werden jene Fälle, in welchen Cerebralaffectionen der ersten Lebensjahre oder Schädeltraumata in früher Kindheit die Functionen des Gehirns in dauernder Weise lahm legen, unter der Bezeichnung „Idiotismus“ behandelt werden müssen, weil deren Symptomengruppe vollkommen der des angeborenen Blödsinns entspricht. Es geht aus alledem hervor, dass demselben Symptomencomplexe je nach Ursache und Entstehung, verschiedene, bald greifbare, bald gar nicht nachweisbare Veränderungen des Gehirns entsprechen, so dass von diesem Gesichtspunkte aus der Ausspruch Esquirol's, dass es sich in den verschiedenen Graden des Idiotismus mehr um einen krankhaften Zustand, als um eine klinisch wohl begrenzte Krankheit handle, viel Wahres und Zutreffendes enthält.

Auch die Erscheinungen des Idiotismus sind an Intensität der Entwicklung ausserordentlich verschieden und zeigen nicht unbeträchtliche Unterschiede der Blödsinnsgrade. Hier wie beim Cretinismus kommen Individuen vor, deren psychische Leistungen gleich Null sind, die über die vegetativen Functionen hinaus Nichts erlernen. Idioten dieses Grades lernen sehr spät gehen und erlernen es niemals vollständig; ihr Gang, so wie alle ihre Bewegungen haben immer etwas Schwerfälliges, Unbeholfenes; sie bringen es eben so wenig zu vollkommener und richtiger Sprache, die sie überhaupt erst sehr spät und schwer erlernen, und bestehen auch bei Idioten gar nicht selten technische Schwierigkeiten, die die Aneignung der Sprache verzögern oder ganz unmöglich machen. Auch bei Idioten gesellen sich zu den Symptomen mangelhafter psychischer Entwicklung eine Reihe nicht unbedeutender körperlicher Entwicklungsfehler (Meyer). Insbesondere ist dies der Fall bei hereditären Idioten,

die körperlich und geistig der sprechendste Ausdruck der Degenerescenz ganzer Familien sind. Denn nicht nur, dass ihre ganze Entwicklung eine verlangsamte und verspätete ist und hinter der normaler Individuen immer zurückbleibt, sondern sie erreichen überhaupt nicht die Vollentwicklung gesund veranlagter Individuen. Sie bleiben meist schmächtig und krankhaft zart, von schwachem Knochenbau und höchst labiler Gesundheit; sind mit einzelnen leichteren oder schwereren Innervationsstörungen behaftet; haben Strabismus, Nystagmus und hochgradige Myopie, leichte Facialparese; zeigen oft prognathe Gesichtsbildung, mangelhafte Entwicklung der Zähne u. s. w. Nicht selten sind sie von wiederkehrenden Krampfanfällen heimgesucht oder leiden vorübergehend an Chorea. Wo weitgehendere motorische Lähmungserscheinungen das Bild compliciren, wie z. B. Hemiplegien und Paraplegien, dort werden auch eingreifende Läsionen oder Verkümmerungen gewisser Gehirnpartien mit Sicherheit angenommen werden können, auf welche oft auffällige Mikro- oder Makrocephalien hindeuten. Doch kommt selbst der angeborene Idiotismus bei vollkommen normaler Schädel- und Gesichtsbildung und ohne jede motorische Störung vor.

Die psychischen Fähigkeiten der Idioten können, wie schon erwähnt, von so minimalem Umfange sein, dass von einer geistigen Entwicklung überhaupt nicht die Rede sein kann. Wenn auch die Entwicklung der motorischen Functionen, von einer grösseren Langsamkeit und Schwierigkeit im Erlernen abgesehen, im Ganzen ungestört von Statten geht, so zeigt die cerebro-psychische Leistungsfähigkeit eine Neigung zur Stabilität, die durch keine Erziehungsarbeit geändert werden kann. Die Leistungen des Gehirns beschränken sich auf die Befriedigung der körperlichen Bedürfnisse, reichen aber nicht mehr aus, die Mittel zur Befriedigung derselben herbeizuschaffen. Die Sprache selbst, wenn sie erlernt wurde, hat ein kleines, auf die erwähnten, zunächst liegenden Bedürfnisse Bezug habendes Wortregister. Eine eigene, innere Gehirnarbeit fehlt gänzlich und es bleibt stets nur bei der passiven Aufnahme der Sinneseindrücke, ohne dass dieselben in individueller Art combinirt und verarbeitet würden.

Von dieser Stufe tiefster Demenz ab vermag sich das geistige Leben der Idioten auf eine verschiedene Höhe zu heben.

Sie können sich die Sprache vollständig aneignen, den ersten Unterricht mit ziemlichem Erfolge, wenngleich immer langsamer als normale Individuen, absolviren; sie bringen es zum fertigen Schreiben und Lesen und überwinden auch die Schwierigkeiten der primitiven Rechnungsarten, gelangen aber niemals zur freien und selbständigen Verwerthung und Anwendung des Erlernten und kommen über diese Stufe der Entwicklung trotz angewendeter Mühe niemals hinaus. Diese beiden letzterwähnten Momente: das Fehlen derFähigkeit, das Erlernte in selbständiger Weise zur Anwendung zu bringen d. h. der Wegfall des freien Gebrauchs des Erworbenen und der vollkommene Stillstand auf einer Entwicklungsstufe, die Unmöglichkeit einer ungehinderten Entwicklung bilden die Charakterzüge, denen man auf allen Intensitätsgraden des Idiotismus begegnet. Und wenn Idioten viel weiter, als dies eben ausgeführt worden, in ihrer Entwicklung fortschreiten; wenn sie nicht nur den ersten, sondern auch noch schwierigeren Unterricht überwinden; wenn sie selbst gewisse Fertigkeiten sich anzueignen vermögen, — so wird doch immer die frühe, unüberwindliche Grenze des individuellen Fortschrittes, die Gebundenheit und Unfähigkeit, in eigener Art die Resultate des Unterrichts zur Anwendung zu bringen, auf die im Organe und dessen Veranlagung begründete psychische Schwäche hinweisen. Es ist dieser Hinweis auf die zu Grunde liegende organische Insufficienz wichtig und unerlässlich gegenüber den mit mehr Eifer als Glück und Erfolg gemachten Erziehungsversuchen der Idioten. Man darf nicht vergessen, dass es sich beim Idiotismus um einen organischen, wenn auch nicht immer nachweisbaren Defect handelt, den keine Erziehungskunst wieder gut zu machen im Stande ist und dass das Nichtvorhandene in keiner Weise zur Functionirung gebracht werden kann. Wir haben nicht selten auf, bis zu einer Stufe glatt abgelaufene Entwicklung pochende, fortgesetzte und angestrengte Erziehungsversuche auch das schon Gewonnene verlieren gesehen. Die Früchte solcher Arbeit müssen immer ausbleiben, wenn sie die von dem organischen Defecte gesteckten Grenzen in gewaltsamer Weise überschreiten will und nicht

selten tritt auf solche rücksichtslose Erziehungsarbeit ein vollständiger Umschlag ein, der alle psychische Functionsfähigkeit in überstürzter Weise vernichtet. Es tritt dieser Umschlag im Entwicklungsgange um so leichter und rascher ein, wenn andere Schädlichkeitsmomente oder Phasen der physiologischen Entwicklung, beispielsweise der Eintritt der Pubertät, ihre Einwirkung geltend machen. Unter solchen Umständen sieht man tobsüchtige Aufregung, stuporöse Zustände oder in häufiger Wiederkehr epileptische Attaquen das Bild der einfachen Demenz compliciren und den Verlauf des ganzen Zustandes bedeutend verschlimmern.

Es wurde bereits erwähnt, dass solche idiotische Zustände nicht immer angeboren sein müssen. Verschiedene schwere Gehirnaffectionen, wie infantile Meningitiden, Hydrocephalien, Schädeltraumata in der ersten Jugend, sehr schlechte Ernährung des Kindes oder die an einzelnen Orten nicht seltenen Alcoholfütterungen der Säuglinge können Zustände von Demenz schaffen, die in Symptomen und Verlauf vollkommen den angeborenen idiotischen entsprechen. Wir sahen einen Knaben, der nach sehr guter Entwicklung, guter Fassungskraft und leichtem eifrigen Lernen nach einem Sturz auf den Kopf, den er im 9. Jahre erlitt, vollkommen dement wurde. Nicht nur, dass derselbe von dem Sturze ab, der keine schwerere äussere Verletzung gesetzt hatte, keine weiteren Fortschritte machte, sondern auch alles bis dahin Erlernte war seinem Gedächtnisse vollkommen entschwunden und hatte er selbst die Sprache, die er seinem Alter entsprechend gut inne hatte, total verloren, so dass die bestehende Störung symptomatisch den Eindruck eines angeborenen und hochgradigen Idiotismus machen musste.

Bei anderen Individuen tritt vollkommener Stillstand der psychischen Entwicklung ein, wenn in den ersten Lebensjahren (im 5.–10. Jahre) epileptische Krampfanfälle häufiger wiederkehren. Dieselben vernichten nicht nur, oft schon nach sehr kurzem Bestande, jeden weiteren Fortgang, sondern auch das Wenige, das bis zum Ausbruche der acuten Affection erworben wurde.

So weit sind die diagnostischen Verhältnisse des idiotischen Zustandes noch klar und gut zu erfassen. So lange der Stillstand der psychischen Entwicklung in so frühe Zeit fällt, dass die geistige Insufficienz in auffälliger Weise hervortritt, ist die klinische und forensische Verständigung verhältnissmässig und insoferne leicht, als es sich lediglich um die Feststellung des pathologischen Schwächezustandes, ohne Rücksicht auf das Maass desselben handelt. Die Schwierigkeiten der Beurtheilung wachsen aber, wo psychische Abnormitäten auffälligerer Art fehlen und die psychische Leistungsfähigkeit nicht so früh an eine Grenze angekommen ist, die sie nicht zu überschreiten vermag; wo mit einem Worte nicht schon die Schule die Geistesschwäche documentirt, sondern dieselbe erst im Leben und seinen wechselvollen Anforderungen zur Beobachtung kommen kann. Es leuchtet ein, dass die Geistesschwäche, die lange Zeit und während der ersten geistigen Entwicklung durchaus nicht in markanter Weise bemerkbar wurde, die unter günstigen äusseren Verhältnissen entweder gar nicht oder erst in besonders complicirten und kritischen Momenten offenbar wird; die eigentlich kaum so sehr in deutlichen formalen Fehlern des Urtheils und des Raisonnements, als in Acten mit mangelhafter Motivirung und in wahrer Incongruenz der cerebropsychischen und der cerebro-motorischen Functionen zum Ausdruck kommt, — es leuchtet ein, dass solche Fälle sehr schwer beurtheilt werden können und dass die Beurtheilung noch schwerer einem laienhaften Verständnisse plausibel gemacht zu werden vermag.

Das Vorkommen von Schwachsinnszuständen, bei denen nicht die formale Seite der Intelligenz, das Äusserliche des Raisonnements in auffälligerer Weise als krankhaft imponirt, sondern vielmehr das Ueberraschende und Unerwartete der Handlungsweise der Individuen die Aufmerksamkeit der Umgebung in unangenehmer Weise auf sich lenkt, — dieser Umstand hat es verschuldet, dass solche Zustände unter verschiedenen, meist völlig unzutreffenden Bezeichnungen in die Psychiatrie eingeführt wurden, — Bezeichnungen, deren verwirrender Einfluss umso grösser war, als man denselben den Werth einer

Begriffsbestimmung beimass. Bevor wir an die Feststellung des Namens solcher Zustände gehen, wollen wir die Zustände selbst, soweit dies bei ihrer Symptomenbreite und ihrem Detailreichthum thunlich ist, symptomatisch genauer in's Auge fassen.

Hereditäre Belastung, infantile Gehirnerkrankung, Trauma in früher Kindheit, kurz alle jene aetiologischen Momente, die unter Umständen schwere idiotische Zustände herbeizuführen vermögen, können unter gewissen Verhältnissen einen Gehirnzustand setzen, der nach keiner Richtung in hervorstechenderen Zügen von Demenz hervortritt. Die so belasteten Individuen entwickeln sich wohl in einigen Fällen schwerer, doch kommt es auch vor, dass ihre Entwicklung normal verläuft oder gar durch besonders rasches Tempo Staunen erregt und ihnen den Titel der Wunderkinder einbringt. Der psychische Entwicklungsgang erleidet überhaupt, so weit es den Unterricht betrifft, keine Störung. Doch machen sich diese Individuen früh schon bemerkbar durch störrisches, jähes, reizbares und muthwilliges Gebaren. Boshaft und hinterlistig gegen Kameraden; jeder Achtung und kindlichen Dankbarkeit bar gegen Eltern und Vorgesetzte; erfindungsreich in tollen Streichen; unermüdlich in Ausführung von Acten der Grausamkeit und Tücke; verlogen und mit frühreifer Verstellungskunst ausgerüstet, wie sie sind, erfüllen sie ihre Umgebung von Kindheit an mit schweren Sorgen für die spätere Zukunft. Kaum halberwachsen führen sie Handlungen aus, die in gar keinem Verhältnisse zu ihrem Alter und ihrer sonstigen Unreife stehen: sie verschleudern Bücher und Kleidungsstücke und schaffen dafür kleine Marterwerkzeuge für die Opfer ihrer Bosheit oder Näschereien an; machen Fluchtversuche; führen comödienhafte Selbstmordversuche auf; fälschen Schulzeugnisse und ersinnen die märchenhaftesten Ausflüchte zur Beschönigung und Erklärung ihrer gewagten Unternehmungen. Früh erwachte sexuelle Bedürfnisse bringen eine Summe neuer Erregungsmomente in den vorhandenen Symptomencomplex. Onanie und geschlechtliche Excesse steigern alle üblen Eigenschaften dieser Individuen und alsbald geht auch die geringe, durch die Schule bedingte Planmässigkeit der Entwicklung vollkommen verloren. Der Schulbesuch wird mit oder ohne Zustimmung

der massgebenden Umgebung unterbrochen und sie dringen in überreifer Hast zu einer Entscheidung rücksichtlich der praktischen Lebensthätigkeit.

Hiebei angekommen, beginnt eine Kette von widerspruchsvollen Handlungen und abenteuerlichem Unternehmungsgelüste, die alle interessirten Kreise unausgesetzt in Athem halten, weil der Gang der Thatsachen weit hinter den ewig wechselnden Neigungen dieser pathologischen Naturen zurückbleibt. Die Entscheidung von heute wird durch eine neue und unbezwingbare Neigung morgen schon zerstört, die wieder kaum die Vorbereitungen überdauert, die zur Befriedigung derselben unerlässlich sind. Während so Alles thätig ist, um den wechselvollen Velleitäten der unaufhörlichen Forderer ein Ziel zu setzen, enden die übermüthigen und ernsthaft bösen Streiche nicht. Wiederholt erbettelte oder ertrotzte Nachsicht und Rangirung gestörter Verhältnisse vergelten sie mit wiederkehrenden Verlegenheiten jeder Art, die sie ihrer Familie bereiten. An keinem Orte, bei keiner Arbeit vermögen sie dauernd zu bleiben; überall bemühen sie sich, die Ungunst der äusseren Verhältnisse darzuthun, die sie nicht zur Ruhe kommen lasse; überall stellen sie sich als die Verfolgten und Bedrückten hin; überall heklagen sie sich über Missgunst und Vorurtheil, die sie nicht ruhig leben lassen, wobei ihnen ihre rücksichtslose Verleumdungssucht, ihre Verstellungskunst unausgesetzt Dienste leisten müssen.

Versucht man in das psychische Getriebe dieser Handlungs- und Lebensweise einen Einblick zu gewinnen, so wird man in allen Fällen erfahren, dass die Motivirung derselben eine höchst fadenscheinige, unzweifelhaft insufficiente ist. Dasjenige, was diese Individuen durch ihr Vorgehen zu erreichen bestrebt sind, steht niemals im Verhältnisse zu den hiezu aufgewendeten Mitteln. Sie führen einen Diebstahl aus, um den Gewinn in lächerlich unnützen Dingen zu verwerthen; sie flüchten, um alsbald zurückzukehren; sie streben mit allem Aufwand von List und betrügerischer Gesinnung die Ausführung eines Planes an, zu der ihnen jeder ehrliche Vorschub geleistet würde und die sie mit ungleich grösserer Bequemlichkeit und im Einverständnisse mit ihrer Umgebung zu Ende bringen könnten. In

den meisten Fällen stehen diese Kranken, wenn sie nach den Motiven und Gründen ihrer Handlungen gefragt werden, ganz erstaunt da und wissen keine Antwort oder nur eine solche, die eigentlich keine ist: sie könnten nicht anders, sie müssten selbständig vorgehen, weil ihnen jede Unterstützung fehle etc. Die Widersprüche in ihren eigenen Aussagen fallen ihnen nicht auf; für das Unzureichende ihrer ausgeführten Raisonnements haben sie kein Verständniss; ein Urtheil über die Zulässigkeit und die Folgen ihrer Handlungen fehlt ihnen vollständig. Hier wie auf den tiefsten Stufen des Idiotismus lassen sich die beiden Hauptcharaktere leicht nachweisen: der Erfahrungserwerb ist vollkommen bedeutungslos, irrelevant; das geistig Erworbene und Erlebte haftet nicht oder bleibt ohne jede Wirkung und es gibt keinen weiteren Entwicklungsgang. Auch diese eben geschilderten Individuen vermögen nicht, eine noch immer sehr frühe Entwicklungsgrenze zu überschreiten. Bei derselben angelangt, können sie weder durch fortgesetzte Erziehungsversuche, noch durch die erziehende Kraft der Lebenserfahrungen über dieselbe hinweggebracht werden. Die Umgebung der Kranken, wie die Kranken selbst machen vergebliche Anstrengungen, das Geleise eines sicheren Fortgangs zu finden und denselben anzubahnen; alle Mühen scheitern an dem Unvermögen und der Unfähigkeit, eine geordnete Thätigkeit einzuhalten und mit ausdauernder Consequenz Schwierigkeiten zu überwinden. Und hierin liegt auch der Beweis, dass es sich in diesen Zuständen um nichts Anderes, als um vollkommen unzureichende psychische Leistungsfähigkeit handelt, wenngleich die häufig complicirte und auf den ersten Anblick imponirende Handlungsweise den Verdacht auf bestehende Geistesschwäche nicht leicht aufkommen lässt.

Der eben beschriebene Zustand psychischen Defectes ist seit langer Zeit schon Gegenstand psychischer Untersuchungen und Abhandlungen und hat häufig genug zu eingehenden Controversen Veranlassung gegeben. Trotz aller gegentheiligen Anschauungen, die über diese Störungsform zum Ausdruck gebracht wurden, wurde doch nie die Störung als solche in Zweifel gezogen. Immer waren es nur die Bezeichnungen, welche Meinungs-

differenzen und Verwirrung herbeiführten und das nicht ohne Grund. Denn die Benennungen dieses Zustandes bargen alle mehr weniger Widersprüche in sich selbst und verfehlten namentlich nicht ihre compromittirende Wirkung auf die Gerichtsbehörden. Seit die Engländer die in Rede stehende Psychose als „moral insanity“ (moralisches Irresein) und die Franzosen dieselbe als „délire des actes“ (Handlungsirresein) bezeichneten, hörten die Widersprüche gegen solche psychiatrische Horribilitäten nicht auf. In der That muss es jeder juridischen Person in hohem Grade bedenklich erscheinen, einen Zustand in die Gerichtspraxis einzuführen, dessen Hauptsymptome Vergehen und Verbrechen gegen das Gemeinwesen bilden, wie dies die Bezeichnung „moralisches Irresein“ (richtiger sollte es „unmoralisches Irresein“ heissen) in sich schliesst.

Wenn es eine Psychose gäbe, deren Wesen ausschliesslich von verbrecherischen Handlungen gebildet würde, welche Handlungen keine nachweisbare pathologische Grundlage hätten, dann wäre logischer Weise von Verbrechen niemals die Rede, sondern immer nur von Handlungen moralischen Irreseins, — ein Zugeständniss, das gewiss kein denkender Irrenarzt machen wollte. Verhält sich die Sache aber so, wie dies die klinische Erfahrung und auch die Darstellung der Fachvertreter der „moral insanity“ nahe legen, dass nämlich den gemeingefährlichen Handlungen dieser Individuen immer und in allen Fällen angeborene und unveränderliche Störungen des Gehirnlebens, ein psychischer Defect zu Grunde liegt, dann muss die Bezeichnung den Grundzustand in's Auge fassen und den unbedingt ominösen Namen „moralisches Irresein“ fallen lassen. Alle Autoren erwähnen bei Ausführung dieses pathologischen Gehirnzustandes die häufige hereditäre Belastung, die infantilen Gehirnkrankheiten, durch welche Momente diese Kranken als mit invaliden Gehirnen ausgestattet hingestellt werden. Ebenso unterlassen die betreffenden Autoren nicht, auf den Grundzug dieser Störung und die Quelle aller aus derselben fliessenden gefährlichen Handlungen, auf die psychische Schwäche hinzuweisen; so dass nach jeder Richtung hin die Auffassung dieses Zustandes als eines exquisiten Schwachsinnes nicht nur gerechtfertigt, sondern

allein zulässig ist. Es ist diese ausgesprochene Auffassung nicht nur die fachgemässere, weil sich die Psychiatrie nicht mit Moralitäts-, sondern nur mit psychotischen Zuständen zu befassen hat; sie ist auch die im Wesen der Störung begründete.

Dasselbe gilt von der weniger allgemeinen Bezeichnung dieses Zustandes als „délire des actes“. Gegenstand der psychiatrischen Erwägung kann nur die krankhafte cerebrale Grundlage der Handlungen sein, nicht die Handlungen selbst. Kann jene nachgewiesen werden, so ist die Handlungsweise selbst dem klinischen Verständnisse nahe gebracht; ist dies aber nicht der Fall, dann kann aus den Handlungen allein niemals deren pathologische Natur mit unzweifelhafter Sicherheit nachgewiesen werden. Es wird deshalb auch immer verfehlt sein, von bestimmten Handlungen auf die zu Grunde liegende psychische Schwäche zurückschliessen zu wollen. Eine rationelle Beurtheilung dieses psychotischen Zustandes wird daher immer nur auf die Darlegung und den klinischen Nachweis der Demenz bedacht sein und die gemeingefährlichen Handlungen als die letzten Consequenzen der psychischen Degenerescenz in Erwägung ziehen; niemals aber wird sie sich auf eine vorgreifliche Prüfung der Handlungen selbst einlassen und so den einzig richtigen klinischen Untersuchungsweg verlassen. Wir betonen dies deshalb nachdrücklichst, weil die Diagnose einer solchen, im formellen Raisonnement nicht auffälligen, psychischen Debilität ihre volle Berechtigung erst aus der Darlegung vieler anderer Momente, insbesondere der Aetiologie des Zustandes und selten fehlender somatischer Begleitsymptome schöpfen kann. Der hereditären Belastung, infantilen Gehirnaffectionen, ausgesprochenen Schädeldifformitäten (Hydrocephalie oder frühe Verwachsung der Nähte), Schädeltraumen in früher Jugend wird die eingehendste Beachtung zugewendet werden müssen, weil diese Momente erfahrungsgemäss am häufigsten den eben geschilderten Krankheitszustand nach sich ziehen. Ebenso wird die Nachweisbarkeit schwerer, verlangsamter oder ganz zurückgebliebener körperlicher Entwicklung, oder der Nachweis von Störungen im motorischen Gebiete: Paralysen, Paresen, Strabismus, Nystagmus,

oder endlich Kryptorchismus u. s. w. als häufiger Begleiterscheinungen einer zurückgebliebenen Entwicklung oder einer Degenerescenz, von sehr grossem diagnostischen Werthe sein. Wo solche aetiologische Momente und Anhaltspunkte in der physischen Entwicklung fehlen, wird die Beurtheilung leichterer Grade des Schwachsinns bedeutende, oft unüberwindliche Schwierigkeiten haben.

In der eben beschriebenen Symptomengruppirung tritt die Demenz meist in jugendlichem Alter auf und ist ungleich häufiger bei Individuen des männlichen, als des weiblichen Geschlechtes. In der grössten Zahl der Fälle liegt ihr hereditäre Belastung zu Grunde oder sie ist durch Gehirnkrankheiten oder Schädeltrauma in den ersten Lebensjahren bedingt. Besonders nach Trauma des Schädels haben wir in einzelnen Fällen acute Demenz genau in der Form der sogenannten „moral insanity“ auftreten gesehen, in welchen Fällen allerdings die psychische Debilität ausgesprochener und evidenter war und nicht selten auch Zustände von Verwirrtheit und tobsüchtiger Aufregung intercurrirten.

Nicht selten brechen bei früher schon schwachsinnigen Individuen, die ja überhaupt zu den verschiedensten cerebralen Affectionen durch die ererbte oder frühzeitig erworbene Invalidität des Gehirns hinneigen, psychische Störungen mit differenten Symptomen aus. Es wurde erwähnt, dass bei so veranlagten Individuen auf geringfügige äussere Ursachen sehr leicht epileptische Attaquen sich etabliren und regelmässig wiederkehren. Ebenso sieht man häufig genug maniakalische Exaltationszustände mit totaler Verwirrtheit, excessiver Zerstörungssucht, gänzlicher Unreinlichkeit, Kothschmieren auftreten, welche Zustände in der Regel einen chronischen Verlauf nehmen und irreparabel bleiben, ganz wie die ebenfalls nicht seltenen Attonitätszustände mit vollkommenem Stupor, flexibilitas cerea, Nahrungsverweigerung und unreinem Verhalten. Alle diese auf der Basis eines debilen Gehirnmechanismus entstehenden psychischen oder neurotischen Alterationen tragen vom Beginne ihres Auftretens, trotz ihres acuten Charakters, Züge des raschen Verfalls der cerebralen Kräfte an sich und lassen kaum je eine günstige, prognostische Beurtheilung zu. Diese Verfalls-

züge sind die hochgradige Benommenheit des Sensoriums, die von Anfang herein bestehende Unfähigkeit der Orientirung, die blinde Zerstörungssucht oder das totale Darniederliegen aller Gehirnthätigkeit im Stupor und die früh sich einstellende gänzliche Unreinlichkeit, das Kothschmieren. Insbesondere verdient der Stupor mit vorübergehendem oder bleibendem kataleptischen Verhalten eingehende Beachtung, als ein nicht seltener Complicationszustand der originären Schwachsinnszustände.

Von den secundären Blödsinnszuständen abgesehen, beobachtet man die Demenz in primärer Weise im Anschlusse an die Senescenz. Nach dem 65. Lebensjahre treten nur selten andere Formen psychischer Störung auf als die Demenz. Wenn wirkliche und tiefgehende Läsionen des Gehirns durch apoplectische, embolische oder encephalomalacische Vorgänge fehlen, dann fehlen auch die motorischen Störungen, die im entgegengesetzten Falle dem Krankheitsbilde der senilen Demenz einige Aehnlichkeit mit der paralytischen Geistesstörung verleihen. Die an den Altersprocess gebundene Demenz ist nichts als eine Theilerscheinung der senilen Involution des Organismus im Ganzen und entwickelt sich in allmäligem Anstiege, doch von Anfang herein mit allen Symptomen des psychischen Verfalles. Die Kranken werden nach einem verschieden langen Prodromalstadium, in welchem sie vergesslich erscheinen, ihre gewohnte Thätigkeit nicht ausführen können, weil sie die Orientirung in Zeit und Ort verloren haben und die Gegenstände im Gebrauch verwechseln, zunehmend erregter und verwirrter. Es stellt sich Schlaflosigkeit ein, die mit der stetig anwachsenden motorischen Unruhe den vollen Ausbruch der senilen Demenz anzeigt. Unter den angedeuteten Symptomen etablirt sich der im Verlaufe chronische und vollkommen irreparable Zustand psychischer Debilität. Die anfängliche Vergesslichkeit und Unorientirtheit ist zur totalen Verwirrtheit gediehen; die Kranken sind nicht mehr im Stande, in den einfachsten Verhältnissen sich zurecht zu finden, erkennen kaum ihre nächsten Angehörigen, können die geläufigsten und gewöhnlichsten Verrichtungen nicht mehr wie früher zu Stande bringen, verwechseln nicht nur Mein und Dein, sondern auch ihre täglich gebrauchten Habseligkeiten

und Geräthe: kleiden sich verkehrt an, fahren mit den Beinen in den Oberrock, ziehen die Strümpfe über die Hände, verwechseln Essgeräthe, verrichten ihre Nothdurft ohne Rücksicht auf den Ort, an dem sie sich befinden, wühlen in den Excrementen. Dabei sind die Kranken in andauernder und unablässiger Unruhe. Ohne Ruh und Rast wandern sie Tag und Nacht umher, sprechen ununterbrochen in totaler Zusammenhangslosigkeit, belästigen ihre Umgebung unaufhörlich, quälen die Personen mit tausend verschiedenen Neckereien, nehmen ihnen Kleider weg, entreissen ihnen das Essen, werden alsbald auch aggressiv und sind in ihrer sensoriellen Benommenheit, in ihrem rastlosen und gänzlich verworrenen Treiben, in ihrer Unreinlichkeit und ununterbrochenen Zerstörungssucht die wahren und unermüdlichsten Plagegeister ihrer Umgebung, die mit der Sorge um sich selbst und die im Bereiche der Kranken befindlichen zerstörbaren Dinge, auch noch die um die Kranken selbst tragen müssen. Denn in dem Zustande der Verwirrtheit und Benommenheit, des gänzlichen Unvermögens, Zeit, Ort und Schädlichkeitsmomente in entsprechender Weise zu beurtheilen, ziehen sich die Kranken nicht selten selbst Beschädigungen und Verletzungen zu. Nicht nur, dass die Kranken, wenn sie unbemerkt aus dem Hause kommen, unbekümmert um zeitliche und örtliche Verhältnisse fortwandern und selbst sich nicht zurecht zu finden vermögen, sondern sie nehmen in ihrer Benommenheit Fenster für Thüren, stossen an entgegenstehende Objecte und verletzen sich mehr weniger erheblich, tappen in's Feuer, handhaben gefährliche Gegenstände in gänzlicher Urtheilslosigkeit über die Gefahr, der sie sich und Andere aussetzen u. s. w. Aus den gleichen, in der Demenz liegenden Gründen kommen sie mit ihrer Umgebung und den Behörden in Conflict. Sie verletzen in flagrantester Weise die Schamhaftigkeit und Sittlichkeit, unternehmen die rohesten sexuellen Angriffe, entkleiden sich auf offener Strasse oder stecken, ohne Rücksicht auf den rechtmässigen Eigenthümer, die Dinge, die in ihrer Hände Bereich kommen, zu sich, um sie in der nächsten Minute schon von sich zu werfen oder so beiseite zu schaffen, dass sie sie selbst nicht mehr aufzufinden vermögen. Ihr ganzes hastiges und ruheloses Treiben trägt in allen Zügen

das Gepräge der Zwecklosigkeit, des reinen Bewegungstriebes, der trotz der geringen Energie und des minimalen Kraftmasses, mit welchem die Bewegungen executirt werden, doch die Aufmerksamkeit und schützende Obsorge der Umgebung ununterbrochen herausfordern. Wie erwähnt, schliesst sich diese Störung in einer Reihe von Fällen an apoplectische, embolische, encephalomalacische Gehirnprocesse an, ist aber in anderen Fällen vollständig unabhängig in ihrer Entstehung von schwereren pathologisch-anatomischen Vorgängen und erst im weiteren Verlaufe der Demenz treten dann nicht selten complicirend Hämorrhagien in die Hirnhäute und in die Substanz des Gehirns selbst hinzu und ändern dann sowohl die Symptomatologie, als auch den Verlauf der Psychose. Es schliessen sich an diese eben erwähnten Läsionen des Gehirns und seiner Hüllen Lähmungszustände und Sensibilitätsstörungen verschiedener Ausbreitung und Intensität und aphatische Sprachstörungen amnestischen und ataktischen Charakters.

Die Diagnose dieser originären und primären Blödsinnszustände dürfte selbst in weniger ausgesprochenen Fällen kaum grosse Schwierigkeiten machen, wenn man sich vor Augen hält, dass für das Zustandekommen der Demenz immer eine der psychischen Debilität entsprechende Ursache gefunden werden muss. Es entwickelt sich eine Geistesschwäche, so leichten Grades sie scheinen mag, nicht ohne schwerwiegendes causales Moment. Psychische oder sonst nicht tiefgehende aetiologische Momente vermögen wohl kaum mit einem Schlage die Leistungsfähigkeit der psychischen Kräfte in dauernder Weise zu reduciren. Immer werden schwere hereditäre Belastung, nachweisbare infantile Gehirnerkrankungen, schwere Schädeltraumata oder tiefgehende cerebrale Affectionen, wie in der Paralyse, oder Processe, wie sie mit dem Senium einhergehen, der primären und irreparablen Demenz zu Grunde liegen. So lange es sich weiters nur um reine und uncomplicirte Demenz handelt, werden auch differential-diagnostische Zweifel nicht auftauchen. Erst wenn die Demenz, sei sie durch welches aetiologische Moment immer gesetzt, sich mit anderen Symptomen psychischer Störung complicirt, wenn Aufregungs- oder Depressionserscheinungen oder Lähmungen zu

dem ursprünglichen Zustand von Geistesschwäche hinzutreten, erst dann wird die Beurtheilung der ganzen Störungsform erschwert und durch einige Zeit auch völlig unmöglich bleiben. Wir haben früher schon auf die nicht seltenen Exaltations- und Depressionszustände hingewiesen, die im Verlaufe der Demenz intercurriren und haben einige Züge, wie sie die Erfahrung an die Hand gibt, als charakteristisch hervorgehoben, die zusammengehalten mit den aetiologischen Momenten, wohl in den meisten Fällen die diagnostische Beurtheilung erleichtern werden.

Speciell für die senile Demenz mit Lähmungen ergeben sich einige sehr werthvolle differential-diagnostische Merkmale, durch welche sie von der paralytischen Geistesstörung leicht unterschieden werden kann. Abgesehen von der Lebensperiode, in welche die senile Demenz mit Lähmungen fällt und die weit ab von der Erkrankungsperiode der meisten Paralytiker liegt, fehlt der senilen Demenz doch selbst die geringe Cohärenz der Aeusserungen und die floriden Erscheinungen des exorbitanten Grössenwahns oder der hypochondrischen Wahnvorstellungen, wie sie der Paralyse zukommen. Die Lähmungen des senilen Blödsinns sind um so häufiger beschränkt und abgegrenzt, als die ihnen zu Grunde liegenden Hirnläsionen weniger diffus und bestimmt zu localisiren sind, als in der paralytischen Geistesstörung.

Verlauf und Prognose der geschilderten Blödsinnszustände sind, wie aus dem bisher Erwähnten von selbst hervorgeht, in allen Fällen ungünstig zu beurtheilen. Sei nun der Zustand angeboren oder erworben, — immer handelt es sich doch um so sehr eingreifende Störungen des Gehirnlebens, um wirkliche Reductionen der cerebralen Leistungsfähigkeit, dass an eine Wiederherstellung nicht zu denken ist. Weder ein Entwicklungsmangel, noch auch die schweren Schäden, die das Trauma setzt, wenn es eine ganze oder theilweise Vernichtung der Gehirnleistungen setzt, noch auch der Process der Senescenz können therapeutisch zum Besseren gewendet werden. Die ganze Behandlung dieser Zustände wird nur darauf gerichtet werden können, Complicationen und Verschlimmerungen hintanzuhalten. Die schwersten Grade des angeborenen oder erworbenen Blöd-

sinns fordern in ihrer Verpflegung nur die Humanität und deren Opfer heraus. Anders die leichteren Grade der Demenz, bei welchen eine stetige Beaufsichtigung nothwendig ist, wenn nicht die Handlungen und das selbständige Vorgehen dieser Kranken eine endlose Kette von Verlegenheiten und Collisionen mit den Gesetzen herbeiführen sollen, die durch das Hinzutreten neuer Schädlichkeitsmomente immer vermehrt werden. In sexuellen und alcoholischen Excessen, denen sich diese schwachsinnigen Individuen, sich selbst überlassen, mit völliger Urtheilslosigkeit hingeben, liegt die Quelle unaufhörlicher gesetzwidriger Handlungen, die auch bei sorgsamster Ueberwachung nur schwer ganz zu verhindern sind.

Die Behandlung des senilen Blödsinns wird eine rein symptomatische sein und die bedrohlichen Verfallserscheinungen hintanzuhalten versuchen. Die senile Demenz an und für sich ist von dem Processe des Kräfteverfalls und des Marasmus getragen, der durch die nunmehr hinzutretende Unruhe und Schlaflosigkeit gefördert und beschleunigt wird. Die Unruhe zu mildern, die Schlaflosigkeit zu bekämpfen, die Kräfte zu erhalten wird daher die alleinige Aufgabe der Behandlung sein müssen. Am wirksamsten haben sich uns neben protrahirten lauen Bädern, grössere Quantitäten Bier und kleinere Mengen von starkem Wein erwiesen. Bei besonders hartnäckiger Schlaflosigkeit erzielt man mit einer Gabe von 2 Gramm Chloral und 0·02 Gramm Morphin oft mehrstündigen Schlaf. Chloral allein, ebenso Morphin bringen nach den ersten Verabreichungen noch die gewünschte Wirkung hervor, lassen aber dann vollständig im Stiche. Ausgiebige und kräftige Nahrung und Wein vermögen die Erschöpfung der Kranken wohl hinauszuschieben, aber nicht abzuwenden und erliegen die Kranken meist schon wenige Monate nach dem Ausbruch der psychischen Störung hinzutretenden somatischen Erkrankungen oder dem überhand nehmenden Marasmus.

6. Cap.

Die Melancholie.

Mit dem Namen „Melancholie“ bezeichnet man einen psychotischen Symptomencomplex, dessen Grundfarbe und hervorstechendstes Symptom die traurige Verstimmung ist. Doch müssen gleich hier jene Fälle ausgeschieden werden, in welchen die traurige Verstimmung ein consecutives Symptom bestehender Sinnesdelirien ist und in directem Abhängigkeitsverhältnisse zu diesen steht. Soll der klinische Begriff der Melancholie nicht schwankend werden und als fixe Orientirung für alle einschlägigen Fälle gelten können, dann ist es nothwendig und unerlässlich, denselben mit einem scharfen Strich von den andern Symptomengruppen abzugrenzen und als eine solche scharfe und leicht kenntliche Grenzlinie kann man ohne Weiteres die Hallucinationen festhalten. Wenn wir jede psychische Störung, deren Cardinalsymptome Hallucinationen sind — mit Ausnahme der hallucinatorischen Alcoholintoxication, die als eine genau umschriebene psychische Erkrankungsform stehen bleiben muss — ohne Rücksicht auf den Inhalt der Hallucinationen, unter dem Begriffe der Verrücktheit subsumiren, dann kann, bei Festhalten der traurigen Verstimmung als Haupterscheinung, nie zweifelhaft sein, was man als Melancholie anzusehen habe. Da es sich bei der Classificirung der psychischen Alienationen, wie dies schon ausgeführt wurde, lediglich darum handelt, einen kurzen Ausdruck für eine ganze Gruppe von krankhaften Erscheinungen als Hilfsmittel zur gemeinsamen Verständigung zu finden, so liegt es auf der Hand, dass ein solcher Ausdruck zum Mindesten in leichtester Weise Zweifel und Missverständnisse darüber, was unter der Bezeichnung zu verstehen sei, hintanhalten muss. Entspricht derselbe auch diesem Postulat des praktischen Bedürfnisses nicht in unzweideutiger Weise, dann ist jede Nomenclatur bei deren heutiger wissenschaftlicher Werthlosigkeit vollkommen überflüssig. Aus diesem Grunde muss die

Grenze des Gebietes krankhafter Erscheinungen, das mit einem solchen Ausdruck bezeichnet wird, scharf und ins Auge springend sein. Die Hallucinationen nun, deren diagnostische Beurtheilung sicher die geringsten Schwierigkeiten macht, erscheinen als die markanteste und natürlichste Grenzlinie, mit welcher die Melancholie aufhört und die Verrücktheit mit consecutiver trauriger Verstimmung anfängt. An dieser Grenzbestimmung kann um so eher festgehalten werden, als die beiden Formen kaum jemals in einander übergehen etwa in der Weise, dass eine bestehende Melancholie durch hinzutretende Hallucinationen in Verrücktheit überginge. Die Verrücktheit tritt vielmehr als solche von vorne herein mit ihren früher erwähnten Cardinalsymptomen auf; womit übrigens gar nicht geläugnet werden soll, dass die Verrücktheit, gleichwie viele andere psychische Störungen, die im weiteren Verlaufe gar keinen melancholischen Charakter haben, durch ein Prodromalstadium mit vorherrschender Depression und scheuem, missmuthigem Wesen eingeleitet wird. Dieses einleitende Stadium allgemeiner psychischer Unlust, reizbaren und abweisenden Verhaltens gibt sich, durch die kurze Dauer und den wenig ausgesprochenen pathologischen Charakter der meist wenig beachteten Initialerscheinungen, schon eher als eine prodromale Periode zu erkennen, wenn es überhaupt zur Zeit der Beobachtung schon als psychische Störung imponirt. In der Regel aber werden diese, eine ausgesprochene Geistesstörung einleitenden Erscheinungen der Wesensveränderung und der allgemeinen Missstimmung nicht beachtet oder erfahren doch keine zutreffende klinische Beurtheilung.

Auch der in Rede stehende Symptomencomplex der Melancholie wird durch ein solches kürzeres oder längeres Prodromalstadium von allgemeinem psychischen Unbehagen, verdriesslicher Unlust und reizbar-abwehrendem Verhalten eingeleitet. Oft durch mehrere Wochen zieht sich ein solcher Zustand von körperlicher und psychischer Abgeschlagenheit und Mattigkeit hin, die Kranken selbst äussern nur sehr wenig, vermögen für ihre Empfindung und ihr Verhalten keinen Grund anzugeben, obgleich sie die allmälige Veränderung ihres Wesens selbst am peinlichsten fühlen. Sie klagen über Eingenommenheit des

Kopfes, über rasches Ermüden bei körperlicher und geistiger Anstrengung; sie sind zerstreut und vergesslich; der Schlaf wird zunehmend unruhiger, unterbrochener; der Appetit nimmt ab, die Verdauung wird träge, ohne dass bis hieher noch unverkennbare Erscheinungen von psychischer Alienation zu constatiren wären.

Erst wenn die Symptome trauriger Verstimmung deutlich hervortreten, wenn die Kranken in Selbstanklagen sich ergehen, — dann erst ist der Charakter des Zustandes der Umgebung klar, dann erst wird ärztliche Intervention gesucht. Die Kranken erscheinen in diesem Stadium der Störung deprimirt, scheuen jeden Verkehr mit der Umgebung, ziehen sich von jeder Gesellschaft zurück, verlassen nur ungern und gezwungen ihren Aufenthaltsort, sind wortkarg und leicht zum Weinen geneigt. In den Aeusserungen der Kranken, die langsam, nur nach Ueberwindung einer verschieden starken Hemmung und leise, oft in kaum vernehmbarem Flüsterton vorgebracht werden, spiegelt sich der psychische Druck, der auf ihnen lastet und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Verhalten. Sie klagen über einen Zwang, unter welchem sie stehen und welchen sie nicht abzuschütteln vermögen, über Zentnerschwere in allen Gliedern, die sie jede Bewegung nur mit grösster Kraftanstrengung ausführen lassen; sie ergehen sich in endlosen Vorwürfen gegen sich selbst, weil sie nicht mehr so seien, wie früher. Sie seien in ihrem Hause vollständig unnütz und unbrauchbar, können ihrer gewohnten Beschäftigung nicht mehr nachgehen; sie klagen sich an, dass sie herz- und gefühllos gegen ihre nächsten Angehörigen seien dass sie fortwährend an sich denkend, die nothwendigsten Bedürfnisse der Familie übersehen, dass sie arbeitsscheu und überflüssig seien und nur als Last der Familie einhergehen. Unter unausgesetztem Schluchzen und Weinen klagen sie sich der unverantwortlichsten Nachlässigkeit und des strafbarsten Leichtsinnes an, beklagen das traurige Schicksal ihrer Angehörigen, die an sie gekettet sind und sind umso weniger einem tröstenden Zuspruche zugänglich, als sie die Annahme, dass ihr Zustand ein krankhafter und vorübergehender sei, mit dem Hinweise auf ihre unverwüstliche Gesundheit, wie sie mit Bedauern

betonen, zurückweisen. Mit Bitterkeit hört man solche Kranke oft äussern, dass kranke Menschen ganz anders als sie seien; sie hätten guten Appetit und verspürten auch nichts von einer Krankheit, auch nicht der gelindeste Kopfschmerz quäle sie; sie wären ja froh, wenn sie in eine Krankheit verfielen, das Bewusstsein verlören; dann wäre die Theilnahme und die Sorge der Familie doch begreiflich und gerechtfertigt, während sie dieselben in ihrem jetzigen Zustande gar nicht verdienten etc. Ab und zu können die Kranken ihre Unlust am Leben nicht verschweigen und bringen nicht nur den Wunsch, sondern auch ganz bestimmte Selbstmordideen zum Ausdruck. Und so wenig bedrohlich die geschilderten Symptome scheinen, so wenig sie eine ernste Gefahr für das Leben der Kranken erkennen lassen und so leicht unerfahrene Beobachter solche Zustände oft nehmen und ihrer Herr zu werden gedenken, — so gefährlich sind solche Kranke sich selbst; denn es kommt zur Ausführung der Selbstmordgedanken, ehe man sich dessen versieht. Mit scheinbar vollkommen richtigem Raisonnement und intacter Intelligenz werfen die Kranken die sie unablässig drückende Last ab und suchen Befreiung von ihrer seelischen Qual im Selbstmorde.

Wir können nicht umhin, hier nochmals und nachdrücklichst darauf aufmerksam zu machen, dass die Gefahr des Selbstmordes auf dieser scheinbar geringen Entwicklungshöhe der psychischen Alienation, wo die traurige Verstimmung und der psychische Druck, unter welchem die Kranken stehen, noch nicht durch krankhafte Vorstellungen complicirt ist, bedeutend grösser ist, als man dies gewöhnlich annimmt. Die Melancholiker ohne jede Wahnvorstellung suchen ebenso oft Erleichterung und Befreiung von dem drückenden Joch der Hemmung, von der unsäglich schmerzhaften Allgemeinempfindung, wie die von intensiven Hallucinationen gepeinigten Individuen.

In anderen Fällen von Melancholie bleibt es nicht bei der einfachen Verstimmung und den aus dieser direct hervorgehenden Selbstunzufriedenheit und Selbstvorwürfen. Es kleiden sich die Anklagen und Vorwürfe gegen die eigene Person in ganz bestimmt ausgedrückte und concrete krankhafte Vorstel-

lungen. Mit unglaublichem Eifer suchen die Kranken in ihrem Vorleben nach Fehltritten und Schlechtigkeiten, die sie mit einer Wichtigkeit ausstatten, die ihnen nach Zeit und Inhalt gar nicht zukommt. Da hört man, sie hätten in ihrer Kindheit schon nicht andächtig gebetet, hätten vor vielen Jahren eine höchst verwerfliche Aeusserung gemacht, seien in der Jugend Wüstlinge gewesen etc. Vorstellungen traurigen Inhalts von imminenterem Charakter treten hinzu. Sie haben, so äussern die Kranken, die göttliche Gnade verloren, seien verdammt und zu ewiger Höllenpein verurtheilt; sie verdienen nicht zu leben, denn sie haben bis nun nur schlecht und den göttlichen Geboten zuwider gelebt; sie können nur Unglück und Schande allen denen bringen, mit welchen sie in Berührung kommen, und vor Allem sei es ihre Familie, die durch sie leiden müsse. Sie glauben sich ebenso der weltlichen Gerechtigkeit, wie der himmlischen verfallen: sie fürchten eingesperrt, zu Kerker- und Todesstrafen verurtheilt zu werden; glauben, dass ihre Angehörigen mit ihnen den Strafen verfallen seien; erwarten in jeder Minute abgeholt, fortgeschleppt, in finstere Verliesse geworfen oder dem Hungertode ausgesetzt zu werden. Vorstellungen von gänzlicher Verarmung machen den depressiven Verstimmungszustand noch düsterer und fügen nicht selten ein neues Symptom, die Abstinenz, den schon bestehenden Krankheitserscheinungen hinzu. Die Kranken klagen sich der Verschwendung an; glauben ihr ganzes Vermögen verloren zu haben; äussern, dass sie ihre Familie der schrecklichsten Noth überantwortet haben, weigern sich Nahrung zu sich zu nehmen, weil sie das Empfangene nicht zu bezahlen im Stande seien oder weil sie meinen, den Andern die Nahrung zu entziehen. Nicht selten hört man solche Kranke die Befürchtung äussern, dass sie für viele andere Individuen, für die Anstaltskranken, mit denen sie zusammenleben, alle Kosten zu tragen hätten und wollen es desshalb an der eigenen Kost absparen.

Der geschilderte psychische Zustand kommt auch im ganzen körperlichen Verhalten zum Ausdruck. Die Kranken sind meist von blasser Gesichtsfarbe, schlaffem Gesichtsausdruck, unstetem, gesenktem Blick und von schwerfälligen, trägen

Bewegungen. Sie stehen oder kauern zusammengedrückt in einer Stellung stunden- und tagelang, ohne aus eigener Initiative ihre Stellung und Haltung zu verändern, geben zögernde und ausweichende Antworten. Ihr Athem ist kurz, schwach und gepresst; der Puls ist klein, schwach, häufig auch verlangsamt. Für jede im Laufe des Tages nothwendige Veränderung muss von aussen der Impuls gegeben werden: sie müssen ebenso zum An- und Auskleiden, wie zum Essen, zu den Entleerungen und zur Reinhaltung wiederholt gemahnt und aufgefordert werden. Der Schlaf fehlt meist vollständig oder ist vielfach unterbrochen und unruhig, die Verdauung träge. In ihrem ganzen gebrochenen Wesen, in ihrer geistigen und körperlichen Schwerfälligkeit und Unsicherheit, mit ihren ausdruckslosen und welken Zügen scheinen die Kranken schon nach kurzer Dauer des melancholischen Zustandes um Jahre gealtert.

Lebendiger und bewegter wird das Krankheitsbild der Melancholie, wenn die psychische und motorische Gebundenheit, das wortkarge und gehemmte Verhalten, wie es soeben geschildert wurde, von ausgesprochenen Angstzuständen in den Hintergrund gedrängt wird. Sei es, dass diese Angstzustände vorüber gehend und anfallsweise die apathisch-depressive Verstimmung durchbrechen, oder dass dieselben in fortlaufender Entwicklung an den einfachen ruhig-traurigen Verstimmungszustand gleichsam als weitere Intensitätsstufe der Erkrankung sich anschliessen, — immer wird das Bild äusserlich sehr bedeutend verschieden sein von dem Symptomenbilde, wie es früher geschildert wurde Die allgemeine Mattigkeit und Regungslosigkeit, die schmerzlich ergebene Resignation, die sich höchstens zu einigen, im Flüsterton und energielos vorgebrachten Klagen über den drückenden und quälenden Seelenzustand, und zu wenig intensiven Selbstvorwürfen und Kleinheitswahnvorstellungen erheben kann, weichen einer lebendigen und starken motorischen Kräfteentfaltung, wenn die allgemein gehaltenen Besorgnisse wegen der eigenen oder der Nächsten Wohlfahrt bis zur angstvollen Unruhe sich steigern.

In einem überwiegenden Theile der hierher gehörigen Fälle bezeichnen die Kranken ein Gefühl von Druck oder Zentner-

last auf der Brust oder direct in der Herzgegend, oder eine Empfindung, als wenn das Herz selbst zusammengedrückt würde, als die Wurzel und den Ausgangspunkt ihrer Angstgefühle, die man deshalb auch schon seit lange als „Präcordialangst“ unter die regelmässigen Symptome der Melancholie zählt. Doch sind diese Angstgefühle keineswegs ständige Begleitsymptome der melancholischen Erkrankungsform und verlaufen melancholische Zustände gar nicht selten ohne ausgesprochene Angst und mit apathischem, wenn auch lange nicht stuporösem Verhalten. Auch wird nicht in allen ängstlichen Aufregungszuständen die Angst in die Brustgegend verlegt, wenn dies auch in der Mehrzahl der Fälle sich so verhält. Oft beschreiben die Kranken eine Empfindung von Zusammenschnüren des Halses, als wenn sie gedrosselt würden, als Ursache ihrer Angst; in anderen Fällen ist es der Kopf, in welchen sie ihre Angst verlegen; in noch anderen Fällen endlich erklären die Kranken, dass die Angst ihnen im ganzen Leibe sitze und wissen keinen enger begränzten Sitz ihrer Angst anzugeben.

Ob nun einem solchen ängstlichen Exaltationszustande bestimmte Vorstellungen ängstigenden Inhaltes zu Grunde liegen, oder ob derselbe rein als solcher und ohne jeden Vorstellungsinhalt auftrete, — der symptomatische Ausdruck ist in beiden Fällen bis auf vorhandene oder fehlende Wahnvorstellungen vollkommen gleich. Die Kranken erscheinen, ganz im Gegensatze zu dem oben geschilderten apathisch-depressiven Verhalten, motorisch erregt. Man sieht sie mit ängstlich verzogenem Gesichtsausdruck unruhig auf und niedergehen, ununterbrochen agiren, an den Kleidern und am ganzen Leibe herumnesteln; sie glätten, streichen, zupfen und reissen an Kleidern und Geräthen, ebenso wie an den eigenen Gliedern und im Gesichte und sind in unablässiger Bewegung. Sie reissen sich die Haut von den Fingern, beissen sich die Finger wund, zupfen sich die Haare aus und bringen sich in dieser Weise fortwährend kleine Verletzungen und Verwundungen bei.

Alle diese Bewegungen von geringerer Excursion sind ebenso viele motorische Entladungen des psychischen Druckes und der Beengung, mit welcher die Angst die Kranken belastet. In

gerader Fortsetzung dieses Erregungszustandes und im engsten Zusammenhange mit der Steigerung desselben nimmt auch die motorische Unruhe zu. Es kommt zu rastlosem und zwecklosem Umherlaufen, zu unausgesetztem Klagen und Jammern, zu endlosem Schreien, Händeringen und Weinen und endlich in den höchsten Graden angstvoller Aufregung zu furibunder Tobsucht mit starker sensorieller Benommenheit, blindem Wüthen gegen sich selbst und gegen Andere und lautem, larmoyantem Verhalten. Dieser höchste Grad der melancholischen Unruhe, den man als „Furor melancholicus“ bezeichnet, tritt jedoch meist rasch vorübergehend und anfallsweise auf und erstreckt sich nur selten über mehr als Stunden oder 1 bis 2 Tage; wohl aber kehrt er im Verlaufe des melancholischen Krankheitszustandes oft wieder.

In diesen melancholischen Zuständen mit motorischer Unruhe, in der sogenannten Melancholia agitata intercurriren sehr häufig unerwartete und plötzliche Selbstmordversuche, denen man auch bei der grössten Aufmerksamkeit nur sehr schwer begegnen kann. Selbst die rastloseste und hingebendste Aufsicht ist oft genug ohnmächtig gegenüber dem unermüdlichen Sinnen und der unerschöpflichen Findigkeit, mit denen die Kranken sich in ihre Selbstmordideen vertiefen und die Ausführung ihrer Pläne nach zahlreichen misslungenen Versuchen immer wieder in neuer Form aufnehmen. Das unscheinbarste und unbrauchbarste Instrument, Theile von ihren Kleidern, Verbandstücke werden in den Händen dieser Kranken zu gefährlichen Selbstmordwerkzeugen und wird ihnen Alles genommen, was sie zu ihrer Beschädigung gebrauchen könnten, dann suchen sie sich mit ihren eigenen Zöpfen zu erdrosseln, versuchen mit den Zähnen sich die Adern zu öffnen, laufen mit dem Kopfe gegen die Wand oder stürzen sich kopfüber auf den Fussboden und greifen endlich, wenn alle diese Versuche fehlschlagen, zur Nahrungsverweigerung, die sie in der hartnäckigsten und abwehrendsten Weise betreiben. Diese Kranken mit dem bestimmtesten Bestreben, den Tod zu finden, sind es, deren Abstinenz schwer und oft auch gar nicht zu überwinden ist. Die Kranken ersticken eher, als sie die in den Mund

gebrachten Speisen schlucken und kann ihnen die Nahrung nur mittelst der Schlundröhre in den Magen gebracht werden. Aber auch nach vollständiger Einführung der Nahrung lassen die Kranken nicht ab, deren Zurückbeförderung durch erzwungenes Erbrechen zu versuchen und sind sie dahin gekommen, dass sie den Brechact nach Willkür produciren können, dann ist jeder Ernährungsversuch machtlos und ohnmächtig und die Kranken gehen an Inanition zu Grunde.

Die motorische Unruhe des melancholischen Zustandes ändert das ganze Aussehen und Verhalten der Kranken. Ihre Gesichtszüge, ihr Blick sind nicht mehr starr und apathisch, sondern von Angst belebt; ihre Sprache ist rasch und laut, ihre Bewegungen hastig und überstürzt, das Athmen beschleunigt, fliegend, der Puls ist kräftiger und accelerirt, die Hautoberfläche ist von Schweiss bedeckt, der Kopf meist turgescirt und alle Ausscheidungen sind vermehrt. Auch beobachteten wir mit grosser Constanz in diesen melancholischen Zuständen mit grösserer motorischer Unruhe oder häufigeren Angstparoxysmen Geräusche in den grossen Halsvenen. Es ist diese Thatsache umso auffälliger, als sie keineswegs an allgemeine Anämie geknüpft constatirt wurde und als wir sie ebenso bei männlichen, wie bei weiblichen Kranken nachweisen konnten. Es bedarf wohl keiner Erwähnung, dass in diesen Fällen im Herzen selbst, von der stürmischeren Herzaction, wie sie die Melancholia agitata fast regelmässig begleitet, abgesehen, keine Affection bestand.

Nicht selten und insbesondere bei jugendlichen Individuen häufiger, schliesst sich an einen Zustand ausgesprochenster Melancholie mit oder auch ohne Angstparoxysmen ein Zustand weitgehendster psychischer und motorischer Apathie mit totaler Regungs- und Affectlosigkeit bis zu den vorgeschrittensten Graden der Flexibilitas cerea an. Man hat diesen psychischen und motorischen Hemmungszustand mit zu den Erscheinungsweisen der Melancholie gerechnet und ihn als „stuporöse Melancholie“ von der motorisch lebendigeren und mit ausgesprochener ängstlicher Aufregung einhergehenden Melancholie unterschieden. Die Einreihung in die melancholischen Krankheitszustände verdankt der Stupor sicherlich nur der häufigen

Beobachtung seines initialen melancholischen Stadiums; denn der vollentwickelte Stupor mit totaler psychischer und motorischer Regungslosigkeit und kataleptischem Muskelverhalten lässt kein der Melancholie zugehöriges Symptom beobachten. Wie wir dies bei der Behandlung des Stupors im allgemeinen Theile ausführlicher dargelegt haben, ist im Stupor keine traurige Verstimmung, kein depressiver Vorstellungsinhalt, keine Angst zu constatiren und stellt der Stupor nichts Anderes als das vollständige Darniederliegen sämmtlicher cerebraler Functionen dar und repräsentirt dieser Gehirnzustand die Demenz par excellence, wenn wir unter Demenz die cerebrale Functionsunfähigkeit verstehen. Und es dürfte sich kaum für die Demenz eine andere Definition, als die der unzureichenden oder gänzlich fehlenden Functionsfähigkeit ergeben. In dieser Fassung der Demenz wird uns weder die häufig kurze Dauer, das Vorübergehende noch das acute Auftreten des Stupors beirren; denn es ist nicht einzusehen, warum Zustände von Aufhebung des grössten Theils der cerebralen Leistungsfähigkeit nicht acut einsetzen und wieder vorübergehen könnten. Sehen wir doch die Vernichtung des grössten Theiles der cerebralen Functionen in den Ohnmachtszuständen rasch und plötzlich eintreten und ebenso alsbald wieder schwinden!

Es wurde weiters schon hervorgehoben und betont, dass die Zustände von Stupor keineswegs immer in gleicher Weise von melancholischen Stadien eingeleitet werden, dass sie vielmehr oft genug auf epileptische Attaquen folgen oder im Verlaufe von maniakalischen Zuständen intercurriren und dass sie endlich am häufigsten die notorische und unzweifelhafte Demenz intercurrent oder dauernd als besonderes und scharf markirtes Krankheitsstadium compliciren. Der stuporöse Zustand in den eben erwähnten Symptomencomplexen psychischer Alienation ist nicht etwa immer von so kurzer Dauer, dass ihm nur eine nebensächliche Bedeutung zugeschrieben werden dürfte, sondern erstreckt sich oft über Wochen und Monate. Hieraus, sowie aus dem Grunde, dass ein melancholisches Initialstadium nicht nur das stuporöse Verhalten, sondern die verschiedensten psychischen Störungen einleitet, ohne dass die Störung deshalb als

Melancholie betrachtet werden dürfte; aus dem weiteren Grunde, dass die klinische Erfahrung nichts weiss von einem depressiven Verstimmungszustande und entsprechenden Vorstellungsreihen im Stupor, wie sie die Melancholie charakterisiren; — aus diesen Gründen erscheint es kaum gerechtfertigt, diese vorübergehenden oder bleibenden Zustände von vollständigem Stupor mit kataleptischem Muskelverhalten oder ohne solches als zur Melancholie gehörig zu betrachten. Denn die Melancholie mit ihren mehr weniger lebendigen Erscheinungen traurig-ängstlicher Stimmungslage und entsprechendem Vorstellungsinhalte kann unmöglich als ein blos gradweiser Unterschied mit der totalen psychischen Leere des Stupors in dieselbe Linie gestellt werden. Beide Zustände unterscheiden sich, so weit aus den Krankheitserscheinungen geschlossen werden kann, wesentlich von einander und haben keine innere Zusammengehörigkeit.

Der Verlauf der Melancholie kann sich in zweifacher Weise gestalten, je nachdem die Erkrankung wieder vollkommen schwindet und einer Restitution der psychischen Functionen Platz macht, oder in einen irreparablen psychischon Schwächezustand übergeht. Im ersteren Falle werden nach Verlauf von 4—6 Monaten die Krankheitserscheinungen an Intensität abnehmen und in ganz allmäligem Abfall endlich einem ruhigen und normalen psychischen Verhalten weichen. In erster Reihe bessert sich der durch die ganze Krankheitsdauer gestört gebliebene Schlaf. Wenn derselbe im Beginne der Reconvalescenz auch noch immer unterbrochen ist, so schlafen die Kranken doch schon ohne therapeutische Nachhilfe 2—3 Stunden. Waren Angstparoxysmen vorhanden, so treten sie nunmehr seltener auf und sind von geringerer motorischer Unruhe begleitet. Die Kranken werden gesprächiger, theilnehmender, zeigen erwachendes Interesse für die Vorgänge in ihrer Umgebung und für die eigene Familie, ihr Gesichtsausdruck beginnt sich zu beleben, ihre Bewegungen werden freier und prompter, die Klagen nehmen ab und ihre Aeusserungen werden inhaltsreicher und weniger monoton. Die früher scheuen und gedrückten Kranken, die zum Ankleiden, zum Essen und zu jeder Bewegung nur nach vielem Zureden und oft nur zwangsweise zu bewegen

waren und die auch nicht die minimalste Arbeitsleistung auszuführen im Stande waren, — beginnen nun spontan und mit gutem Appetit zu essen, empfinden Langeweile und wünschen selbst eine Beschäftigung und zeigen sich zunehmend beweglicher und natürlicher.

Hand in Hand mit dieser psychischen Besserung geht auch die des körperlichen Befindens. Das blasse und verfallene Aussehen der Kranken schwindet. Durch die regelmässige und ausgiebige Ernährung, durch die Wiederkehr ausgiebigen Schlafes und psychischer Ruhe nehmen die Kranken in sehr kurzer Zeit an Körpergewicht bedeutend zu. Und ist einmal die Depression und Angst so weit gewichen, dass die Kranken wieder den freien Gebrauch ihrer Reflexion und ihres Urtheils haben, dann erschliesst sich ihnen endlich auch die zutreffende und einsichtsvolle Beurtheilung des eigenen Krankheitszustandes. Die Kranken äussern sich anfangs erstaunt und verwundert über den Zustand, den sie durchmachten, können nicht begreifen, wie sie zu solchen traurigen und verzweifelten Anschauungen gelangen konnten und kommen endlich auch zu der richtigen Werthschätzung ihrer psychischen Störung, die sie je nach ihrem Bildungsgrade mehr weniger prägnant und genau als eine Krankheit erfassen. Erst wenn diese Einsicht in das Krankhafte des vorübergegangenen Zustandes dem Kranken erschlossen ist, erst wenn er mit Ruhe, zutreffendem Urtheil und vollständiger Erinnerung über seine Krankheit sich selbst und Anderen Rechenschaft zu geben vermag, dann erst kann die Wiederherstellung als beendet angesehen werden. Doch muss hiebei, wie dies schon erwähnt wurde, auf den Bildungsgrad des Kranken Rücksicht genommen werden. Es wird die Vollständigkeit der Erinnerung und das vollkommen Zutreffende des Krankheitsbewusstseins in geradem Verhältnisse zur normalen Urtheilsfähigkeit stehen. Und während der Gebildetere seinen melancholischen Zustand mit seinem Vorstellungsinhalte als einen krankhaften Seelenzustand bezeichnen wird, kann der wenig geübte und noch weniger erfahrene Bauernverstand nur sehr schwer begreifen, dass es sich um eine Krankheit gehandelt habe und spricht von „Träumen“ und „Einbildungen“, die ihn quälten und gefangen hielten.

Eine andere Verlaufsart der Melancholie ist der Uebergang in einen chronischen Zustand mit annähernd gleichen Symptomen oder in einen Zustand totaler Verwirrtheit. Für die richtige Beurtheilung des melancholischen Zustandes als eines chronischen und irreparablen ist in erster Linie der protrahirte Verlauf massgebend. Die Erscheinungen der chronisch und unheilbar gewordenen Melancholie sind im Grossen und Ganzen denen der acuten Erkrankung ähnlich und lässt sich höchstens von dem monotoneren Charakter der Klagen, von dem wenig wechselvollem Inhalte der Vorstellungen, von der wenig intensiven depressiven Verstimmung und dem häufigen, perversen Stimmungswechsel mit vorwiegender Reizbarkeit und aggressivem Verhalten darauf schliessen, dass der acute und passagère Charakter der melancholischen Geistesstörung sich dem psychischen Verfalle zuneigt. Die traurige und ängstliche Stimmungslage wird bei solcher Verlaufsweise durch rasch vorübergehende, fremdartig wirkende Heiterkeit durchbrochen, oder es werden die Klagen und Befürchtungen mit lächelnder Miene vorgebracht, die früher passiven Kranken, die immer nur gegen sich selbst vorgingen, quäruliren und sind auch gegen andere aggressiv; Vergesslichkeit, Unorientirtheit und bedeutende Gedächtnisslücken treten immer deutlicher hervor und lassen endlich keinen Zweifel an dem stetig zunehmenden geistigen Verfall aufkommen.

In anderen Fällen geht der melancholische Zustand nach mehrjährigem Bestande direct in vollkommene Verwirrtheit über. Die Kranken werden unzusammenhängend, confus; auf die an sie gerichteten Fragen erfolgt überhaupt keine zutreffende Antwort; sie sind unorientirt über ihre intimsten Angelegenheiten, kennen kaum mehr ihre Angehörigen, wissen ihr Alter und ihre Familienverhältnisse nicht mehr zu bestimmen und lassen nur aus abgerissenen Selbstvorwürfen und Klagen den früheren acuten Zustand der Melancholie erkennen. Ebenso wenig ist der Verstimmungszustand ein einheitlicher. Weinen und Wehklagen wechseln mit ausgelassener Lustigkeit und vollständiger Apathie in ganz unvermittelter Weise ab und vervollständigt dieser perverse und gänzlich unvermittelte Stimmungswechsel das Bild der totalen psychischen Zerfahrenheit und des Zerfalls der geordneten cerebralen Leistungsfähigkeit.

Die Prognose der Melancholie ist nicht eben ungünstig und wird von vielen Umständen mit bestimmt. Der Ausgang der Melancholie hängt in erster Linie von den Ursachsmomenten ab. Ist die Melancholie in Folge schwerer aetiologischer Momente, wie Heredität oder Trauma zur Entwicklung gelangt, dann wird die prognostische Beurtheilung ungünstiger lauten müssen, weil der dauernde Fehler der Gehirnorganisation als erschwerend in's Gewicht fällt. Waren hingegen für das Zustandekommen der psychischen Störung nur occasionelle Momente von wenig eingreifendem Charakter massgebend, wie Ernährungsstörungen, Anämie, vorübergehende psychische Affecte; dann wird angenommen werden können, dass die Störung der psychischen Functionen um so rascher und sicherer ausgeglichen werden kann, als die ursächlichen Momente behoben werden können. Wenn trotzdem scheinbar und vom aetiologischen Gesichtspunkte beurtheilt, leichte Fälle von Melancholie nicht wieder gut werden, wenn nach Ausgleichung der schädlichen Ursachen die cerebrale Störung doch nicht schwindet, dann muss in Betracht gezogen werden, dass selbst vorübergehende und anscheinend leichte Ursachen bleibende und tiefgehende Veränderungnn im Gehirnmechanismus zu setzen vermögen, welche Störungen selbst nach dem Wegfall der Störungsursachen selbständig fortbestehen.

Die Prognose der Melancholie ist günstiger, wenn die Kranken jung und körperlich kräftig sind und die Störung nicht mit bedeutender und anhaltenderer motorischer Unruhe einhergeht; sie gestaltet sich um so ungünstiger, je älter und decrepider die kranken Individuen sind und je häufigere und heftigere Angstzustände mit hochgradiger motorischer Aufregung intercurriren.

Doch sind nichts destoweniger die Fälle von Melancholie, die im vorgeschrittenen Alter gar nicht selten vorkommen, deshalb nicht absolut ungünstig zu beurtheilen. Wir sahen mehrere solche Fälle von Melancholie im Senium und bei sehr herabgekommener Körperconstitution wieder vollständig gut werden.

Von ungünstiger Bedeutung für das Leben der Kranken ist die in diesen Zuständen so häufige Nahrungsverwei-

gerung. Diese Letztere lässt um so Schlimmeres für den Ausgang der Störung befürchten, als sie in den meisten Fällen mit intensiverer Angst, grösserer Bewegungsunruhe und hartnäckiger Schlaflosigkeit einherzugehen pflegt, — Momente, die sämmtlich an und für sich die Kräfte der Kranken vermindern und das Leben derselben mit Erschöpfung bedrohen und, wenn sie zusammen vorkommen, den funesten Ausgang in überstürzter Weise herbeizuführen vermögen. Dass diese Momente prognostisch viel übler aufzufassen sind, wenn sie in einem siechen Organismus zusammenwirken, liegt auf der Hand.

Als eine das Leben der Melancholiker direct gefährdende Complication ist weiters die Tuberculose anzusehen. Sie wird bei den Obductionen von melancholischen Kranken so häufig gefunden, dass man in der Tuberculose lange eine Entstehungsursache der Melancholie sah. Genaue klinische Untersuchungen, mit direct auf diesen Punkt gerichteter Aufmerksamkeit haben aber ergeben, dass der causale Zusammenhang zwischen Tuberculose und Melancholie dieser Annahme gerade entgegengesetz ist. Es stellt sich die Tuberculose erst im Verlaufe der Melancholie ein und steht im Zusammenhange mit der mangelhaften, nicht genug ausgiebigen Ernährung, mit der Trägheit und Energielosigkeit aller Functionen und der dadurch bedingten tiefen und allgemeinen Ernährungsstörung. Es kommt dazu die monotone Lebensweise solcher Kranken, der Wegfall jeder geordneten Beschäftigung, die nothwendige Einengung der Kreise der gewohnten Lebensthätigkeit, unter welchen combinirten Einflüssen die Tuberculose ebenso die Melancholie, wie andere Psychosen complicirt, wenn dieselben einen chronischen Verlauf nehmen.

Schlimmer, quoad sanationem, wird die Prognose der Melancholie, wenn stuporöse Zustände durch längere Zeit die Depression compliciren. Erfahrungsgemäss besitzen diese Zustände eine grosse Neigung sich zu stabilisiren. Doch kommen immerhin nicht selten Fälle vor, die selbst nach langem Stupor mit ausgesprochenem kataleptischem Muskelverhalten wieder vollständig gut werden.

Das Lebensalter, in welchem die Melancholie zur Be-

obachtung kommt, lässt vornehmlich zwei Perioden erkennen, welche mit grösseren Erkrankungsziffern hervortreten, u. z. die Altersperiode von 17—25 Jahren und die des Seniums. Hiemit soll für diese beiden Lebensabschnitte nur eine grössere Häufigkeit der vorkommenden Erkrankungen, keineswegs aber eine Ausschliesslichkeit betont werden. Von den beiden erwähnten Perioden kommt dem Senium eine noch höhere Prädilection zu, als dem jugendlichen Alter der ersten Zwanziger-Jahre. Das Senium geht mit einer enormen Zahl melancholischer Erkrankungen allen anderen Lebensperioden voran und präsentirt auch die Krankheitssymptome in ausgeprägtester Reinheit und schärfster Deutlichkeit. Die traurige Verstimmung, das ängstliche Verhalten, der Kleinheitswahn und die Selbstanklagen sind im Senium am typischesten ausgeprägt. Wie die krankhaften Erscheinungen, so ist auch der Verlauf der Melancholie im Senium wahrhaft schulgerecht und insbesondere frei von intercurrirenden stuporösen Zuständen, welche die Diagnose der Melancholie in jugendlichem Alter so häufig trüben.

Bezüglich der Erkrankungsdisposition der Geschlechter besteht eine Beziehung auch zur Altersdisposition in der Weise, dass im vorgeschrittenen Alter beide Geschlechter in annähernd gleicher Zahl disponirt erscheinen. Es erkranken im Senium nahezu ebenso viele Männer als Frauen. Hingegen überwiegen im jugendlichen Alter und auch späterhin, bis zur ausgesprochenen Senescenz, mehr Frauen unter schädlichen Einflüssen, die wir alsbald kennen lernen werden.

Die aetiologischen Momente, unter deren Einwirkung der Symptomencomplex der Melancholie entsteht, sind äusserst mannigfaltig. Auch hier müssen die prädisponirenden von den unmittelbar wirkenden Ursachsmomenten thunlichst getrennt werden. Das bedeutendste Prädispositionsmoment auch für die Melancholie, sowie für alle Geistesstörungen überhaupt, ist die hereditäre Belastung. Wenn derselben auch für diese Form der psychischen Erkrankung nicht eine so hohe Bedeutung zuzusprechen ist, wie etwa für die Epilepsie, für die Verrücktheit oder für die circuläre Geistesstörung, so

kann in einer nicht unbeträchtlichen Anzahl der hierher gehörigen Fälle mit Bestimmtheit das Erblichkeitsmoment als mittelbare Erkrankungsursache betrachtet werden. Hiebei wollen wir darauf aufmerksam machen, dass gerade die Melancholie in vielen Fällen in unveränderter Weise und mit vollkommen gleicher Symptomenreihe sich von Geschlecht auf Geschlecht vererbt. Die Annalen der Psychiatrie verzeichnen zahlreiche grosse Familien, in denen die Melancholie viele Generationen hindurch von den Progenitoren auf die Nachkommenschaft übertragen wird und in welchen Familien der Selbstmord die häufigste Lösung der Affection bildet.

Ein zweites und sehr häufiges Ursachsmoment der Melancholie liegt in den Lebensphasen der Pubertät und des Seniums. Im Gefolge der physiologischen Vorgänge der Pubertätsentwicklung, deren schädlicher Einfluss auf den Gesundheitszustand des Organismus uns nur aus den Endresultaten, wie sie uns in verschiedenen Affectionen entgegentreten, bekannt wird, und des ebenso bedeutsamen Involutionsprocesses der Senescenz, — im Gefolge dieser beiden einschneidenden Lebensphasen kommt es sehr häufig zur Entwicklung krankhafter melancholischer Geisteszustände. Es wurde bereits hervorgehoben, dass der Eintritt der geschlechtlichen Reife, gleichwie er mit stürmischeren und auffälligeren somatischen Erscheinungen beim weiblichen Geschlechte einhergeht, für dasselbe auch erhöhte schädliche Einwirkung auf das gesammte psychische Leben birgt. Es drückt sich dieser pathologische Einfluss in der grösseren Erkrankungszahl der Frauen in dieser Periode aus. Das Versiegen des Geschlechtslebens bei den Frauen hingegen kommt in ungleich höherem Masse als aetiologisches Moment der Verrücktheit zur Beobachtung, während das vorgeschrittenere Stadium der senilen Involution bei beiden Geschlechtern als gleichwerthiges Ursachsmoment der Melancholie in Betracht kommt.

Als schwerwiegende Ursachsmomente der depressiven Geistesstörung sind ferner die Gravidität und das Puerperium anzusehen. Häufiger bei sonstiger krankhafter Prädisposition, aber auch ohne solche, tritt nicht selten schon in den

ersten Schwangerschaftsmonaten eine Störung mit den früher geschilderten Symptomen melancholischer Verstimmung auf. Dieser Verstimmungszustand verläuft eben so oft unter grösserer ängstlicher Unruhe, als auch unter apathischem Verhalten und erstreckt sich nahezu über die ganze Schwangerschaftsperiode, bis auf wenige Wochen vor Eintritt der Geburt, oder überdauert auch die Geburt und endigt erst nach abgelaufenem Puerperium. Nicht selten auch beobachtet man die Wiederkehr eines solchen psychischen Alienationszustandes mit jeder Gravidität.

Der Depressionszustand, wie er im Verlaufe des Puerperiums häufig auftritt, geht in den meisten Fällen mit grösserer motorischer Unruhe und larmoyanteren Erscheinungen einher. Hartnäckige Agrypnie, ängstliche Vorstellungen mit entsprechender Muskelunruhe bis zu wirklicher tobsüchtiger Aufregung und oft auch mit hartnäckiger Nahrungsverweigerung machen den Symptomencomplex dieser melancholischen Psychose im Puerperium aus.

Es kann nicht so ohne Weiteres angenommen werden, dass für die Entstehung dieser in der Schwangerschaft und im Puerperium ausbrechenden psychischen Störungen immer und in allen Fällen tiefere Ernährungsanomalien, chronische Anämien oder stärkere Blutverluste massgebend sind. Sehr häufig kommt die cerebrale Störung bei blühendem Aussehen und gesunder Körperconstitution der Graviden, so wie auch nach völlig normalem und ohne bedeutenderem Blutverluste abgelaufenem Geburtsacte zum Ausbruch. Nichtsdestoweniger sind auch schlechte Ernährungsverhältnisse während der Schwangerschaft und starke Blutverluste bei der Geburt von unzweifelhaftem ätiologischen Belange für das Zustandekommen der in Rede stehenden Geistesstörung. Hingegen kommt der protrahirten Lactation eine ätiologische Bedeutung nur insoweit zu, als sie ein schwächendes Moment ist und die Kräfte der Frauen in hohem Grade absumirt. Ganz in gleicher Weise wirken kümmerliche Lebensverhältnisse, sorgenvoller und nothdürftiger Lebensunterhalt und endlich angestrengte geistige Arbeit. Doch wird das letzt-

erwähnte Moment allein und für sich als Entstehungsursache der melancholischen Geistesstörung kaum in Betracht kommen, sondern nur dann, wenn mit der geistigen Ueberanstrengung andere, den Organismus schwächende Einflüsse, wie anhaltendes Nachtwachen, mangelhafte Ernährung und bedrückende äussere Verhältnisse sich geltend machen.

Dass der Process der senilen Involution bei beiden Geschlechtern ein ätiologisches Moment von hervorragender Bedeutung für die Entstehung der Melancholie repräsentirt, wurde früher schon erwähnt. Die besondere Intensität dieses Schädlichkeitsmomentes wird einigermassen verständlich, wenn wir die schweren und einschneidenden Vorgänge bedenken, die die senile Involution ausmachen. Die pathologischen Veränderungen in den Athmungs- und Circulationsorganen, die sichtbaren Absumptionen im ganzen Organismus und in den Schädelknochen insbesondere, wie sie von Virchow erschöpfend dargethan wurden, erhellen in zureichender Weise den causalen Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Processe der senilen Involution und den im Senium häufigen psychischen Störungen.

Bei Besprechung der Therapie der Melancholie ist es vor Allem unerlässlich, das Regime, das bei solchen Kranken beobachtet werden muss, in Erwägung zu ziehen. Es verdient dieses den Kranken gegenüber zu beobachtende Regime im Allgemeinen eine um so eingehendere Beachtung, als es von sehr bedeutendem Einflusse auf den ganzen Verlauf der in Rede stehenden Psychose ist und gerade für die Fälle von melancholischer Geistessörung nicht nur bei Laien, sondern auch bei praktischen Aerzten eine durchaus falsche Auffassung erfährt.

Die Unrichtigkeit der Auffassung hat seinen Grund in der Parallelisirung des krankhaften traurigen Verstimmungszustandes und des ähnlichen Zustandes bei psychisch Gesunden. Und so wie bei Gesunden die traurige Verstimmung gemildert oder ganz zum Schwinden gebracht wird, wenn das Motiv derselben entfernt oder der Verstimmte durch Ablenkung von der objectiven Grundlage seiner Depression „auf andere Gedanken“ gebracht wird, — ebenso denkt man auch mit der krankhaften

Depression fertig zu werden. Die darauf verwendete Mühe bleibt jedoch immer erfolglos, weil das gar nicht objective Substrat der melancholischen Verstimmung durch die in Anwendung gebrachten Mittel der Zerstreuung und Unterhaltung nicht tangirt wird und die Kranken, entgegen den gehegten Erwartungen, aus der beabsichtigten „Ablenkung“ nur eine stete Verschlimmerung ihres Zustandes erfahren. Aus der Lebensfreude der Anderen, aus den Bemühungen ihrer Umgebung, aus den lärmenden und wechselnden Vergnügungen der mit ihnen unternommenen Reisen schöpfen sie immer neuen Stoff für ihre Traurigkeit und Verzweiflung. Denn einerseits liegt es auf der Hand, dass ein krankhafter Gehirnzustand durch „Ablenkung“ ebenso wenig als durch „Zureden“ verändert werden kann, und andererseits ängstigt und beunruhigt die melancholischen Kranken gerade die Vergeblichkeit der angewendeten Mühen und befestigt sie in ihren krankhaften Vorstellungen, dass sie nicht im Stande seien, die Zärtlichkeit und Aufmerksamkeit ihrer Umgebung zu vergelten, dass sie vollkommen verloren und unnütz seien etc. etc.

Das den Melancholikern gegenüber einzuhaltende Regime besteht vor allem Andern darin, dem Bedürfnisse der Kranken nach Ruhe und Zurückgezogenheit in ausgiebigster Weise Rechnung zu tragen. Der unablässige, freundliche und aufmunternde Zuspruch von Seite der Umgebung; das Drängen und Treiben derselben nach Unterhaltung und wechselvoller Zerstreuung; die mit den Kranken geplanten und auch ausgeführten Reisen; — Alles das muss, trotz der zu Grunde liegenden guten und eifrigen Gesinnungen, vollständig unterbleiben. Man kann den Melancholiker kaum mit Anderem so quälen, wie mit diesen unausgesetzten und unermüdlichen Heilungsversuchen, die seine Verschlossenheit, sein abwehrendes Verhalten, seine trübe und verzweiflungsvolle Stimmung, seine Anklagen und Vorwürfe gegen die eigene Person in hohem Maasse vermehren. Das erste und unabweislichste Bedürfniss, das wirksamste Mittel, der tiefen Depression Herr zu werden, ist die Ruhe, die man den Kranken gönnt. Dieselben so viel als möglich von den wech-

selnden Vorgängen der Aussenwelt abzuhalten, die von aussen kommenden Eindrücke, die die Kranken nicht zu verarbeiten vermögen und darüber immer nur verstimmter werden, abzuwehren, — kurz, das von der schmerzhaftesten Empfindlichkeit getroffene Gehirn in weitgehendstem Maasse vor jeder Action zu bewahren, das ist das erste Postulat der Wiederherstellung dieser Kranken. Und nicht nur ferner liegende Zerstreuungen und Unterhaltungen, sondern selbst die den Kranken geläufigsten und alltäglichsten Verrichtungen, die Arbeiten und Geschäfte in dem Haushalte und in der Familie müssen den Kranken vorenthalten werden, so lange der krankhafte Zustand keine entschiedene Neigung zur Besserung zeigt. Besonders gefördert wird dieses Regime, wenn man die Kranken so früh als möglich aus ihren Familienverhältnissen herausbringt, welche die Kranken fast mehr als alles Andere bedrücken, weil ihre ganze Umgebung sie unwillkürlich und ununterbrochen an ihren Zustand mahnt und ihre krankhafte Theilnahmslosigkeit, ihre Unthätigkeit und Unfähigkeit eine unversiegliche Quelle ihrer Verstimmung und Selbstanklagen abgibt. Gestatten es die Umstände, so bringe man die Kranken an einen Ort, wo sie in stiller und ruhiger Abgeschiedenheit und in möglichst geringem Contact mit den früheren Verhältnissen leben können. Man verschone sie mit den vielen Nachfragen und den Beweisen der Theilnahme, die den Verwandten und Bekannten unerlässlich und geboten scheinen, den Kranken aber nichts weniger als erwünscht sind; man halte von ihnen jedes geräuschvolle Treiben und insbesondere jene nachdrücklichen Demonstrationen ab, die gewöhnlich von Seite der Angehörigen in Scene gesetzt werden, um das Unbegründete und Unmotivirte der Besorgnisse und Befürchtungen den Kranken selbst zu beweisen. Gelingt es, wenn auch unter irgend einem Vorwande, die Kranken so abzuschliessen und sie auch noch in's Bett zu bringen, dann ist für die weitere Behandlung viel gewonnen. Es ist von unschätzbarem Werthe, in den melancholisch Kranken die Ueberzeugung wachzurufen, dass es sich bei ihrem Zustande um eine Krankheit handle.

Zu dem allgemeinen Regime muss weiters die unausgesetzteste und unermüdlichste Ueberwachung der Kranken gerechnet werden. So ruhig und indifferent, so in sich versunken und apathisch die Melancholiker scheinen mögen, lässt ihr Verstimmungszustand doch immer ein Tentamen suicidii befürchten. Es kann nicht nachdrücklich genug betont werden, dass man dem äusserlichen Verhalten der Kranken und ihrer Energielosigkeit niemals vertrauen darf. In ihrer apathischen Versunkenheit und in ihrem theilnahmslosen Brüten beschäftigen sie sich zumeist mit Selbstmordgedanken und sind in jedem Augenblick bereit, Hand an sich selbst zu legen und der Unerträglichkeit ihres qualvollen Zustandes ein oft gänzlich unerwartetes Ende zu machen. Es ist daher vor Allem wichtig, die Melancholiker unter steter Beaufsichtigung zu halten und sie niemals aus dem Auge zu lassen.

Erst wenn von den Kranken in der angegebenen Weise die vielen und stetig wiederkehrenden schädlichen äusseren Einflüsse ferngehalten werden, und wenn für ihre persönliche Sicherheit in verlässlicher Weise gesorgt ist, kann mit einem therapeutischen Eingreifen begonnen werden. Dasselbe wird sich je nach der Ursache der Störung und dem Verhalten der Kranken verschieden gestalten. Hat man es mit schlecht genährten, anämischen Individuen zu thun und ist Grund vorhanden, in dem Zustande der allgemeinen Entkräftung den Grund der psychischen Störung zu sehen, so wird es sich darum handeln, durch Verbesserung des allgemeinen Ernährungszustandes und Vermehrung der Körperkräfte die Psychose zu beseitigen. Kräftige und ausgiebige Nahrung, starke Weine, häufig und in kleinen Quantitäten verabreicht, Aufenthalt in frischer Luft leisten mehr als alle medicamentösen Surrogate, wie Chinin, Eisen etc., die jedoch nebenbei verabreicht werden können. Insbesondere bei apathischem, mehr passiven Verhalten, ohne bedeutendere motorische Unruhe, bei ausgeprägter Anämie und Erschöpfung der Körperkräfte verabreiche man in der früher angegebenen Weise Wein und gebe den Kranken, wenn sie an Schlaflosigkeit leiden, am Abend Bier, auch in grösseren Quantitäten. Dabei muss constant für die Regelung der Ver-

dauung und der meist trägen Entleerungen gesorgt werden, zu welch letzterem Zwecke die stärkeren Bitterwässer besonders zu empfehlen sind.

Entschieden gute Dienste leistete uns das Morphium in kleinen Dosen, etwa 0·04 in Lösung für zwei Tage. Hingegen sahen wir von der oft gerühmten Cannabis indica weder eine beruhigende noch eine schlafmachende Wirkung. Ebenso wenig ist Opium zu empfehlen; dasselbe vermag das Morphium nach keiner Richtung zu ersetzen.

Die therapeutischen Versuche, die wir mit der Einathmung von Amylnitrit zu wiederholten Malen vornahmen, haben den Erwartungen, die an das Mittel geknüpft waren, nicht entsprochen. Ausgehend von der Anschauung, dass der Melancholie eine Anämie des Gehirns zu Grunde liege, hat man vom Amylnitrit einen eclatanten Heilerfolg erhofft, da die sichtbare physiologische Wirkung des Medicamentes in einer stärkeren, freilich rasch vorübergehenden, Füllung der arteriellen Gefässe, namentlich des Kopfes besteht. Doch haben sich diese Hoffnungen eines theoretischen Raisonnements ebenso wenig erfüllt, wie die, welche man an die belebende und erregende Wirkung der allgemeinen Elektrisation oder an die Inhalation von reinem Sauerstoff knüpfte. Beide Mittel haben uns vollständig im Stiche gelassen. Die Resultate fortgesetzter Fütterung mit 10% Alcohol, der man einen bedeutenden Einfluss auf die Verbesserung der Circulation und Respiration und mittelbar eine gute Wirkung auf das apathische und ängstliche Verhalten der Melancholiker zuschrieb, waren ebenfalls nicht so bestimmt und verlässlich, dass das erwähnte therapeutische Vorgehen der Nachahmung empfohlen werden könnte.

Hingegen sahen wir in einigen Fällen befriedigende Ertolge von der Anwendung einer leichten Hydrotherapie in Form von nicht zu kalten Abreibungen. Doch muss eine solche Behandlung ohne den grossen Apparat eines eigentlichen und stark bevölkerten Curortes vorgenommen werden, weil die Menschenmenge eines solchen und die nicht seltenen geräuschvollen Vergnügungen und Zusammenkünfte eines grösseren Badeetablisse-

ments den Melancholiker schlecht beeinflussen. Auch ist die Hydrotherapie nur für die Fälle von Melancholie geeignet, welche ohne hochgradigere Aengstlichkeit und ohne grössere motorische Unruhe einhergehen.

Verläuft die Melancholie mit häufigen paroxysmellen Angstzuständen und andauernder Bewegungsunruhe, dann wird, neben der Fortführung des früher ausgeführten Regimens, nur die regelmässige hypodermatische Anwendung des Morphiums Beruhigung verschaffen. Soll die Morphiuminjection jedoch einen Erfolg haben, dann darf die in Anwendung gebrachte Lösung nicht zu schwach sein. Wir hatten immer eine 4—5% Lösung in Verwendung, von welcher Lösung eine volle Pravaz'sche Spritze bei jedem Angstanfalle oder abendlich gegeben wurde.

In demselben Maasse, als wir das Morphium gegen melancholische Zustände empfehlen, rathen wir von der Darreichung des Chloralhydrates ab, das sich erstens als Hypnoticum gegen die Schlaflosigkeit der melancholischen Zustände durchaus nicht besser bewährt, als das Morphium; dann aber, weil es den Verlauf der depressiven Verstimmung nicht günstig beeinflusst. Nach einem Chloralschlaf erwachen die Kranken mit wüstem, dumpfem Kopf, sind benommen und in ihrer Stimmungslage keineswegs gebessert. Bei längerer Fortsetzung des Chloralgebrauchs steigern sich die unangenehmen Folgen und verschlimmern den ganzen Zustand.

Gegen die während der Gravidität eintretende Melancholie hat man auch die Einleitung der künstlichen Frühgeburt empfohlen. Bei dem doppelten Umstande, dass die Prognose dieser Graviditätspsychose keineswegs ungünstig lautet, wenn man sie in natürlicher Weise verlaufen lässt und dass die Einleitung der Frühgeburt auch nicht ganz ohne Gefahr für das Leben der Kranken ist, möchten wir eine solche, nicht unbedenkliche Procedur nicht empfehlen und eher rathen, den normalen Verlauf der Schwangerschaft abzuwarten.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass der Nahrungsverweigerung der Melancholiker mit allen Mitteln entgegengetreten werden muss. Es ist selbstverständ-

lich, dass vor der künstlichen Ernährung mittelst des Schlundrohres, alle Versuche, den Kranken zum Essen zu bewegen, gemacht werden müssen; bleiben aber diese Versuche, wie dies in der Regel geschieht, durch 3—4 Tage erfolglos, dann säume man nicht mit der künstlichen Ernährung mittelst des Schlundrohres und lasse alle anderen Methoden bei Seite, denn sie müssen mit eben solchem Kraftaufwand bei den widerstrebenden Kranken in Anwendung gebracht werden und sind nicht so verlässlich, wie die Einführung der Speisen in den Magen. Auf eine „bessere Ueberlegung“ von Seite der Kranken nach mehrtägiger Nahrungsverweigerung warte man nicht. Kranke, die ernstlich die Nahrung verweigern, entschliessen sich nicht leicht zu selbständigem Essen und je länger mit der künstlichen Ernährung zugewartet wird, umso schlimmer wird der ganze Krankheitszustand und kann man bei dem raschen Ueberhandnehmen des Kräfteverfalles leicht mit der Ernährung zu spät kommen.

---

7. Cap.

Die Manie.

Eine relativ selten beobachtete Symptomengruppe ist die Manie. Man versteht unter dieser Bezeichnung einen Complex von krankhaften psychischen Erscheinungen, dessen Farbe und Inhalt abgegeben werden von heiterer Verstimmung, gehobenem Selbstbewusstsein, erhöhtem Beschäftigungstrieb und einer Vorstellungssumme, die an fröhlicher Lebendigkeit der amoenomanischen Stimmungslage entspricht. Doch gehört die geschlossene Vereinigung der erwähnten Krankheitssymptome zu einem typischen Krankheitsbilde von bestimmter Dauer zu den seltneren Erscheinungen der psychiatrischen Beobachtung. Die Krankheitsfälle, die man gewöhnlich als Manien bezeichnet, vereinigen nur ausnahmsweise die oben angegebenen Symptome in typischer Weise in sich. Fast immer fehlt ein oder das andere charakteristische Symptom oder ergeben sich im Ver-

laufe der Psychose Abweichungen von verschieden langer Dauer von dem Typus der Erkrankungsform.

Als constanter Charakter der Manie, wie sie auf dem Höhepunkt ihrer Entwicklung erscheint, ergibt sich aus einer grösseren Reihe von Beobachtungen: eine krankhaft erhöhte Lebendigkeit im Ablaufe aller cerebralen Vorgänge und eine auf Kosten der Genauigkeit und des logischen Zusammenhangs gesteigerte Raschheit des Ablaufes der Associationsvorgänge und des Umsatzes aller Reizvorgänge des Gehirns. DerAnstieg der Erkrankung bis zu dieser Entwicklungshöhe ist gewöhnlich langsam und allmälig.

In der Regel beginnt auch diese Form der psychischen Störung, wie die meisten anderen Alienationsformen, mit einer allgemeinen geistigen Indisposition. Die Kranken sind missmuthig, gereizt und leichter erregbar als sonst, klagen über Kopfschmerz und Eingenommenheit des Kopfes, sind zu keiner geordneten Beschäftigung aufgelegt, verbringen die Nächte zum grössten Theile schlaflos, irren plan- und zwecklos umher und beklagen sich selbst über eine Veränderung ihres ganzen Wesens, deren Natur und Grund ihnen vollständig räthselhaft ist und über welche Veränderung sie sich keine Rechenschaft zu geben vermögen. Dieses Prodromalstadium, dessen Dauer zwischen Tagen und Wochen schwankt, geht allmälig in grössere motorische Unruhe und in heitere gehobene Stimmung über. Die Kranken erscheinen gesprächiger, als sie es sonst waren; bekunden eine Theilnahme an dem, was in ihrer Umgebung vorgeht, die an reger Lebendigkeit ihr normales Verhalten weit hinter sich lässt; sie versuchen sich, und oft auch mit gutem Erfolge, in witzigen und spitzen Bemerkungen; sind in unaufhörlicher und rastloser Thätigkeit; machen zahllose Besuche, bei welchen sie nicht immer auf die richtigen Personen und die passende Zeit Rücksicht nehmen; schreiben Briefe in ungeheurer Zahl und von besonders grossem Umfange; in ihrem Reden und Schreiben sind sie breit und ausserordentlich geschwätzig und das um so mehr, als sie im mündlichen und schriftlichen Verkehr von einem Gegenstande unvermittelt auf einen andern überspringen und in raschem Wechsel die Themata ihrer directen oder indirecten Verhandlungen verändern.

Auf dieser Höhe des Krankheitszustandes imponiren die Individuen noch nicht als geisteskrank. Man findet sie wohl verändert, aber oft genug zu ihren Gunsten verändert, insbesondere wenn man dieses initiale maniakalische Verhalten mit der Abgeschlagenheit und der Indisposition des Prodromalstadiums vergleicht. Die Redseligkeit und der erhöhte Bewegungstrieb erscheinen als die Wiederkehr frischer und lebendiger Lebenslust; das geschäftige Treiben, die übermüthig-fröhliche Stimmung machen den Eindruck der natürlichen Reaction nach der Mattigkeit und der missmuthigen geistigen Verfassung des vorangegangenen Zustandes. Die staunende Bewunderung der Umgebung steigt noch, wenn früher schüchterne und zaghafte, durch Schlagfertigkeit und treffenden Witz keineswegs hervorragende Individuen unter dem Einflusse einer allmälig ansteigenden maniakalischen Erregung dreist und verwegen werden und in Gesellschaft durch treffende Wortbereitschaft nicht nur selbst merkwürdig angeregt erscheinen, sondern auch Andern Anregung verschaffen.

Erst wenn mit dem weiteren Ansteigen des Exaltationszustandes, der Zunahme der Bewegungsunsruhe und der Schlaflosigkeit die Umgebung selbst in ihrem gewohnten Treiben durch den Kranken gestört wird, — dann erst wird dieselbe auf das Krankhafte des früher kaum gewürdigten Verhaltens aufmerksam. In der bis dahin verstrichenen Zeit ist die Lebendigkeit und Redseligkeit der Kranken bis zur rastlosen und zwecklosen Unruhe und bis zur inhaltsleeren Geschwätzigkeit gediehen. Die dreiste Ungenirtheit ist zur aufdringlichen Frechheit geworden; die Kranken quälen in ihrer actionsbedürftigen Aufregung ihre nähere und fernere Umgebung mit unaufhörlichem Geschwätz und mit ihrem rastlosen Bewegungsdrange; sie jagen von Arbeit zu Arbeit, von Vergnügen zu Vergnügen, lassen das kaum Begonnene unvollendet im Stiche, um immer wieder Neues zu beginnen, das sie ebenso wenig zu Ende führen; eine in's Maasslose gesteigerte Unternehmungslust äussert sich in unaufhörlichem Pläneschmieden; die Schwierigkeiten der Ausführung werden nicht erkannt und machen sich umso weniger bemerkbar, als die definitive Ausführung durch neue Pläne und neue

Unternehmungen zurückgedrängt und unmöglich wird; der Wegfall jedes Ermüdungsgefühles und die krankhafte Zuversicht in die eigene Kraft und in das unbedingte Gelingen aller Unternehmungen halten die ganze Umgebung des Kranken continuirlich in Athem; denn es wird derselben in gleichem Maasse schwer, den Kranken zu folgen in den bunten Wechsel ihres Treibens wie sie in demselben zu hemmen.

Die Stimmung der Kranken ist dabei vorwiegend heiter, übermüthig; heiteres, ausgelassenes Lachen, Singen und Lärmen begleitet stetig ihr hyperkinetisches Treiben; im Umgange mit dem anderen Geschlechte sind sie zudringlich erotisch, schamlos und cynisch in Wort und Geberde; sie verwenden viel Mühe auf ihre Ausschmückung; putzen und kleiden sich phantastisch und verrathen in Gang und Haltung eine maasslose Gefallsucht. Sie behängen sich mit Bändern und Blumen, verändern ihre Kleider in barockster Weise, versuchen in jeder Art besondere körperliche und geistige Vorzüge hervorzukehren; produciren gerne ihre Körperkraft, ihren Gesang, zeichnen und malen, sind in Sprache und Redeweise gesucht und affectirt, flunkern mit einem Hochdeutsch, das ihnen sonst gar nicht eigen ist und streuen gerne fremde Worte und Sätze in ihre Rede.

Doch ist die Amoenomanie nicht constant und unveränderlich. Es schlägt die heitere Verstimmung sehr leicht in rasch vorübergehende Weinerlichkeit und insbesondere in reizbare und zornige Verstimmung um. Die Kranken vertragen keinen Widerspruch und werden leicht excessiv erregt, wenn ihren Fähigkeiten oder der Ausführbarkeit ihrer Pläne Zweifel entgegen gebracht werden. Die sonst heiteren und gemüthlichen Kranken werden dann ungeberdig, lärmen und schimpfen, zerstören die Möbel, zerreissen Kleider und Wäsche und werden auch leicht aggressiv. Aber auch ohne solche äussere Veranlassungen sind zornmüthige Verstimmungszustände im Verlaufe der Manie gar nicht selten und unterbrechen die ganz traitable übermüthige Heiterkeit durch Stunden und selbst durch Tage.

Auf dieser Höhe der Intensität kann die Manie durch längere Zeit verharren. Oft erfährt die Psychose während ihrer

ganzen Verlaufsdauer überhaupt keine weitere Steigerung und läuft von Anfang bis zu Ende auf dieser mittleren Intensitätsstufe ab. Doch kann es auch bei fortwährendem Anwachsen der Exaltation zu einem weiteren Anstieg, bis zur völligen tobsüchtigen Aufregung kommen.

Auf dieser Entwicklungshöhe des maniakalischen Zustandes beherrscht die motorische Unruhe fast ausschliesslich das Krankheitsbild. Die Kranken zeigen einen Bewegungsdrang, der in vollständig ungeordneten Bewegungen zur Entladung kommt. Von Handlungen mit bestimmtem, wenn auch krankhaftem Zweck, von Plänen und Absichten und einem Anlauf zu deren Ausführung ist überhaupt nicht mehr die Rede. Die Kranken lärmen, poltern, springen und agiren in gänzlich uncoordinirter Weise. Der gesammte Muskelapparat ist in unaufhörlicher und energischer Action: sie grimassiren, strecken die Zunge heraus, singen, pfeifen, schwätzen und agiren ohne Unterbrechung. Ihre Aeusserungen sind total unzusammenhängend; auf die an sie gerichteten Fragen erfolgt nur selten eine halbwegs zutreffende Antwort; unzusammengehörige Worte werden in incohärenter Weise zusammengefügt, wobei ab und zu bloss der Reim oder der ungefähr gleiche Laut bestimmend ist; eine Vorstellung jagt die andere, ein Wort das andere und es entspricht das unentwirrbare Chaos der Rede, der gänzlichen Zusammenhangslosigkeit der überstürzt ablaufenden Vorstellungen, der sog. Ideenflucht. Diese Stufe des maniakalischen Erregungszustandes ist gekennzeichnet durch die Rapidität des Ablaufs aller cerebralen Vorgänge und durch die schrankenlose und ungehemmte Umsetzung der Gehirnprocesse in Bewegungserscheinungen. Jeder das Gehirn treffende Reiz löst auch sofort eine ganze Reihe combinirter und complicirter Bewegungen mit reflectorischer Geschwindigkeit aus.

Die somatischen Erscheinungen stehen nur selten im Verhältniss zu dieser grossen Reihe psychischer und motorischer Exaltationserscheinungen. Das Gesicht der Kranken ist von lebendigem Mienenspiel bewegt, da auch der mimische Muskelapparat an der allgemeinen motorischen Unruhe participirt; der Blick ist belebt, die Gesten hastig und mehr als ausgiebig, die

Sprache überstürzt und sprudelnd, die Haltung aufrecht und, bei noch geordneterem Vorstellungsablaufe, der heiteren Gemüthsverfassung und der selbstbewussten Vertrauensseligkeit entsprechend. Der Puls ist in der Regel mässig beschleunigt, kräftig, ebenso die Herzaction. Eine höhere Pulsbeschleunigung oder gar eine irgendwie bemerkenswerthe Temperaturserhöhung kommt der Manie, selbst auf ihrer höchsten Intensitätsstufe der tobsüchtigen Aufregung nicht zu.

Ebenso wenig, und das muss betont werden, kommen dem Erregungszustande der eben beschriebenen acuten und primären Manie Grössenwahnvorstellungen zu, wie man sie diesem Zustande, conform dem Kleinheitswahne der Melancholie, zuschrieb. In der wirklichen und sogenannten reinen Form der Manie, die allerdings ziemlich spärlich zur Beobachtung kommt, kommt es überhaupt höchst selten zur Bildung irgend welcher haftender Vorstellungen, selbst bei nicht sehr beträchtlicher Intensität der Erregung. Denn der rasche Ablauf aller cerebralen Vorgänge, das flüchtige Auftreten und Schwinden der Vorstellungen ist der Grundcharakter der Manie auf allen ihren Entwicklungsstufen, so dass es zur dauernden Fixirung einer oder der anderen Reihe von Vorstellungen gar nicht kommen kann. Was man bei Maniakalischen mit Bestimmtheit constatiren kann, ist nur die gehobene Stimmung, das gesteigerte Selbstgefühl, erhöhtes Vertrauen in die eigene Kraft und einen unermüdlichen Thatendrang; zur Aeusserung ganz concreter Grössenwahnvorstellungen, wie in der paralytischen Geistesstörung oder in der Verrücktheit kommt es im Verlaufe der Manie nicht. Die Aeusserungen, die von tobsüchtig erregten Kranken in ihrer Incohärenz und Ideenflucht vorgebracht werden und directen Grössenwahnideen entsprechen oder doch mit Recht auf solche bezogen werden können, können nicht als dauernde Krankheitserscheinungen angesehen werden. Sie reihen sich vielmehr in völlig sinnloser und unzusammenhängender Weise an die verschiedensten Aeusserungen von ganz differentem Charakter, an Verfolgungsideen, an religiöse Wahnvorstellungen, die ebenso wenig haften und nur Ausfluss der herrschenden Ideenflucht sind.

In dem klinischen Bilde der Manie fehlt weiters auch

jede Hallucination. Es handelt sich bei Constatirung dieser Thatsache nicht, wie bei der Melancholie, um ein willkürliches Ausscheiden eines Symptoms zum Zwecke einer markanten und scharfen Abgrenzung gegen die Verrücktheit. Die klinische Beobachtung lässt im Verlaufe der Manie, welche Intensitätsstufe die Störung auch erreichen mag, niemals einen hallucinatorischen Vorgang nachweisen, — eine Erfahrungsthatsache, die von allen psychiatrischen Beobachtern nachdrücklichst hervorgehoben wurde.

Verlauf und Ausgang der Manie kann sich in zweifacher Weise gestalten, je nachdem die Störung in Genesung übergeht oder nicht. Im ersteren Falle ist der Abfall der Krankheitserscheinungen von ihrer grössten Höhe ein ganz allmäliger. Nach Ablauf von 4 bis 7 Monaten wird die Erregung und die motorische Unruhe geringer, die Aeusserungen der Kranken werden cohärenter, ihre Antworten werden conciser, das ganze Verhalten wird allmälig natürlicher, wenn auch ein gewisser Grad von getragenem, pathetischem Wesen noch weit in die Zeit beginnender Reconvalescenz hinüberragt. Der lange gestörte oder ganz fehlende Schlaf stellt sich wieder ein und allmälig erwacht auch die Einsicht in das Krankhafte des Zustandes und die zutreffende und richtige Beurtheilung der stattgehabten krankhaften Vorgänge. Mit dem Eintritte dieser letzterwähnten Umstände kann die Restitution als vollendet angesehen werden.

Im anderen Falle tritt nach Verlauf der oben angegebenen Zeit keine Beruhigung ein; die Unruhe, die Incohärenz, die Schlaflosigkeit dauern ungebrochen fort; es gesellt sich zu den schon vorhandenen Symptomen geistiger Störung noch eine ganze Reihe anderer Krankheitserscheinungen: die Kranken werden unrein, schmieren mit Koth, verzehren ihn auch, werden zerstörungssüchtiger und aggressiver; bei stetig zunehmender sensorieller Benommenheit und bei gleichbleibender Incohärenz und Ideenflucht geht die lebendige und heitere Stimmungsfarbe des acuten maniakalischen Exaltationszustandes verloren. Die Kranken erscheinen verwirrt und unruhig, doch trägt das Bild dieses chronisch gewordenen maniakalischen Processes un-

verkennbare Züge des Läppischen und Dementen an sich. Dieser Zustand chronischer maniakalischer Erregung kann unter stetig fortschreitendem Verfall der psychischen Kräfte viele Jahre andauern und endet nur mit dem Tode des Individuums.

Nur in äusserst seltenen Fällen kommt es vor, dass die Aufregung und die hochgradige motorische Unruhe der acuten, und durch Tag und Nacht dauernden tobsüchtigen Exaltation in raschem und peracutem Verlauf einen allgemeinen Erschöpfungszustand von so hohem Grade herbeiführt, dass der tödtliche Ausgang eintritt. Die Gefahr eines solchen Ausgangs hängt ab von dem Gesammtzustande der Körperkräfte des Kranken und der Intensität und Dauer der Aufregung. Es liegt auf der Hand, dass ein länger dauernder und intensiverer Exaltationszustand umso weniger vertragen wird und umso rascher allgemeine Erschöpfung nach sich ziehen wird, je schwächer und decrepider das kranke Individuum ist.

Die Prognose der Manie ist im Allgemeinen nicht ungünstig und hängt von der Erwägung der causalen Momente, der Gesammtconstitution der an Manie erkrankten Individuen und von der Verlaufsdauer ab. Hat man es mit maniakalischen Zuständen zu thun, deren Ursachsmomente so schwerer Natur sind, dass deren Einwirkung auf das Gehirnleben als dauernd angenommen werden muss, oder ist der Zustand der Körperkräfte des Kranken ein solcher, dass er voraussichtlich der Schlaflosigkeit, der Aufregung und der allgemeinen Unruhe nur schwer zu widerstehen vermag, oder erstreckt sich endlich der Verlauf der Manie in unveränderter Weise auf ein Jahr und darüber, dann ist auf einen günstigen Ausgang der Psychose nicht zu rechnen. Hingegen verschlimmert die Intensität der Aufregung, die hochgradigste tobsüchtige Exaltation als solche keineswegs die Prognose und sind die alarmirendsten Symptome an sich kein Beweis eines ungünstigen Verlaufs.

Die Aetiologie der Manie ist nicht minder mannigfaltig als die der anderen psychischen Störungen und kommt auch bei Erwägung der diesbezüglichen ursachlichen Momente der Heredität die hervorragende Bedeutung zu, die ihr für die meisten Geistesstörungen zugeschrieben werden muss. Insbe-

sondere wird die erbliche Belastung, wenn sie auch nur selten die einzige Erkrankungsursache ist, eine so hochgradige Prädisposition setzen, dass ein hinzutretendes, an sich geringfügiges accidentelles Moment genügt, den vollen Ausbruch der maniakalischen Erkrankung herbeizuführen.

Eines der häufigsten Ursachsmomente der Manie ist der schlechte Ernährungszustand des Gehirns, die Anämie. Im Gefolge der Anämie, sei diese nun eine chronische, durch fortgesetzte schlechte Ernährung, Ueberanstrengung und kümmerliche Verhältnisse bedingt, oder durch starke Blutverluste in acuter Weise herbeigeführt, treten am häufigsten maniakalische Exaltationszustände mit hochgradiger motorischer Unruhe auf. So sieht man im Puerperium, nach einer unter starken Blutverlusten abgelaufenen Geburt, sehr häufig den maniakalischen Symptomencomplex auftreten, — ein Vorkommniss von solcher Häufigkeit, dass man bis vor kurzer Zeit nur von „Puerperalmanie“ sprach, als von einer typischen puerperalen Geistesstörung. Doch ist der Symptomencomplex der Manie im Puerperium durchaus nicht verschieden von maniakalischen Zuständen aus anderen Ursachen und ist, wie dies schon früher ausgeführt wurde, auch nicht die ausschliessliche Form der psychischen Störung im Puerperium.

Hingegen können wir den Anomalien der Menstruation keine so hohe ursächliche Bedeutung für das Zustandekommen der Manie oder der psychischen Störungen überhaupt beimessen, als dies gewöhnlich geschieht. Die bei geisteskranken Frauen so häufig beobachteten Menstruationsstörungen, insbesondere die Cessation der Menses erscheinen vielmehr bei näherer Betrachtung eine Begleiterscheinung der Psychosen überhaupt zu sein und fällt der Beginn dieser Störungen mit dem Eintritt der Psychose zusammen, welche in der Regel während der ganzen Verlaufsdauer der Geistesstörung persistiren und erst mit dem Eintritt der ausgesprochenen Reconvalescenz wieder ausgeglichen werden. Man hat sich an dieses Zusammengehen von Menstruations- und psychischen Störungen so sehr gewöhnt, dass man, nicht mit Unrecht, die Wiederherstellung der regelmässigen Menstruation als eine Bürgschaft wirklicher und dauern-

der psychischer Genesung betrachtet. Fast niemals aber gehen Störungen oder vollständiges Ausbleiben der menstrualen Blutungen der psychischen Alienation so weit voraus, dass ein wirklicher causaler Zusammenhang zwischen beiden ohne Weiteres angenommen werden könnte.

Im Verlaufe der Schwangerschaft und der lange fortgesetzten Lactation tritt die geschilderte Erscheinungsgruppe der Manie viel seltener auf, als die der Melancholie, doch kommt dieser aetiologische Zusammenhang immerhin vor und hat die psychische Störung in diesen Fällen keine besonderen Merkmale.

Als ein aetiologisches Moment der Manie muss weiterhin der Process der senilen Involution betrachtet werden. Nicht so häufig wie die früher geschilderte Symptomengruppe der Melancholie pflegt sich auch ein maniakalischer Erregungszustand an den Zustand vorgeschrittener Senescenz zu knüpfen und verläuft ganz unter den beschriebenen Symptomen der heiteren Verstimmung, der motorischen Unruhe, der aufdringlich-erotischen und geschwätzigen Exaltation, der Incohärenz und Ideenflucht. Dass ein Zustand allgemeiner Unruhe und Aufregung, den wir als nicht unbedenklich selbst für einen kräftigen Organismus erkannt haben, den herabgekommenen und vom Altersprocess marastisch-decrepiden Organismus mit ernster Gefahr bedroht, liegt auf der Hand. Die prognostische Beurtheilung dieser im Senium hereinbrechenden Manie wird daher ungünstiger lauten, als die desjenigen maniakalischen Zustandes, der den vollkräftigen und jugendlichen Organismus befällt. Nichts destoweniger sind Fälle aus der Literatur bekannt und hatten wir selbst Gelegenheit, Manien bei sehr bejahrten Individuen günstig verlaufen zu sehen.

Trauma des Schädels (Sturz oder Schlag auf den Kopf) ist, wenn auch nicht häufig, die directe Ursache einer Geistesstörung, die unter allen Erscheinungen der Manie auftritt und verläuft. Nur in selteneren Fällen ist der ursachliche Zusammenhang des Trauma's und der Manie unmittelbar und evident. Häufiger gibt das Trauma und die durch dieselbe bedingte Gehirnerschütterung nur das schwere Prädispositions-

moment ab, welches das Gehirn in so hohem Masse invalidirt, dass geringfügige accidentelle Schädlichkeiten die psychische Gesundheit in dauernder Weise erschüttern. Die maniakalische Störung, deren Causalnexus mit Trauma unzweifelhaft ist, kann im Allgemeinen keine günstige prognostische Beurtheilung erfahren, wie dies schon früher hervorgehoben wurde und deuten verschiedene Complicationen des Exaltationszustandes (Lähmungen, Bewusstseinspausen) auf tiefere Störungen des Gehirnlebens hin.

Schliesslich wollen wir noch der maniakalischen Aufregung erwähnen, die in Folge von Vergiftung mit Atropin auftritt. Diese Aufregung ist in allen Symptomen der früher geschilderten Manie analog; zeigt ebenso wie jene hochgradige amoenomanische Verstimmung, starken Bewegungsdrang, rastlose Unruhe bis zu vollkommen tobsüchtiger Exaltation. Doch ist der Verlauf derselben ausserordentlich verkürzt. Die Erregung steigt ungemein rapid an, erreicht innerhalb weniger Stunden die Acme ihrer Entwicklung und fällt ebenso unvermittelt wieder ab und erstreckt sich die ganze Verlaufsdauer dieser intoxicatorischen Manie auf kaum mehr als 24 bis 48 Stunden, nach welcher Zeit sie in vollständige psychische Restitution übergeht. Dass der eben erwähnte Zustand psychischer Alienation noch besonders gekennzeichnet ist durch die gewöhnlichen Erscheinungen der Atropinvergiftung, bedarf keiner besonderen Ausführung.

Das Auftreten der Manie nach dem Geschlechte der Erkrankten lässt weder nach den Symptomen noch auch der Häufigkeit nach auffälligere Verschiedenheiten constatiren. Sowohl nach Erkrankungszahl, als auch nach Symptomen und Verlaufsweise ist die Manie bei beiden Geschlechtern annähernd gleich oder wiegt das weibliche Geschlecht in der Häufigkeit der Erkrankung um ein Geringes vor.

Grösser ist die quantitative Differenz nach dem Alter der an Manie Erkrankten. Denn wenn wir auch das Senium als ein Ursachsmoment der maniakalischen Exaltation kennen gelernt haben, fällt doch die grösste Zahl der Manien in das jugendliche Alter vom 17. bis zum 25. Lebensjahre und kommt

der Ausbruch der maniakalischen Erkrankung im vorgerückteren Alter nur sehr selten vor. Seltener aber noch in der Zeitepoche der sogenannten „besten Jahre“, als in der der vorgerückten senilen Involution.

Die Differentialdiagnose der Manie wird nur selten ernstere Schwierigkeiten bereiten. Die Gefahr einer Verwechslung der geschilderten einfachen Manie mit ähnlichen Zuständen ist nur in wenigen Fällen gegeben. Das initiale Aufregungsstadium der paralytischen Geistesstörung vor Allem kann sich so gestalten, dass eine Verwechslung dieses Zustandes mit dem ungleich unbedenklicheren Symptomencomplexe der Manie vorkommen kann. Es wurde bereits bei der Ausführung der paralytischen Geistesstörung hervorgehoben, dass dieselbe in sehr vielen Fällen sich unter dem Bilde amoenomanischer Verstimmung, grossen Bewegungsdranges und gehobenen Selbstbewusstseins etablire. Doch werden von psychischer Seite ebensowohl ausgesprochene Wahnvorstellungen von dem für die Paralyse charakteristischen barock-extravaganten Charakter, als von der motorischen Seite die früher gekennzeichneten Innervationsstörungen in dem Bilde der reinen Manie fehlen. Als ein weiteres, wenn auch keineswegs unfehlbares differential-diagnostisches Hilfsmittel kann ferner auch das Alter des Erkrankten dienen. Es wurde erwähnt, dass weitaus die grösste Zahl der Paralysen mit ihrem Beginne in das Alter von 30 bis 50 Jahren fällt, — eine Lebensperiode, in welcher die Manie nur ausnahmsweise selten beobachtet wird. Der weitere Verlauf des maniakalischen Stadiums einer eventuellen paralytischen Geistesstörung endlich wird oft schon nach wenigen Tagen die Diagnose entscheiden und sicherstellen. Lähmungen, die etwa in den ersten Tagen gar nicht vorhanden oder nicht mit Sicherheit zu constatiren waren, werden alsbald deutlicher hervortreten, Züge von auffälligerer Demenz und läppischem Verhalten sind markanter, oder es fallen Ohnmachtszustände oder vollständige paralytische Anfälle von epileptischem oder apoplectiformem Charakter mitten in den Symptomencomplex der maniakalischen Exaltation und lösen jeden differential-diagnostischen Zweifel.

Nach einem oder mehreren vorangegangenen epileptischen Krampfanfällen, oder solche als „psychisches Aequivalent“ sub-

stituirend, oder endlich als epileptischen Anfall von rein psychischem Charakter d. h. ohne Beziehung zu Convulsionen, wie dies früher dargethan wurde, beobachtet man ebenfalls Alienationszustände mit allen Erscheinungen der Manie. Auch diese epileptisch-maniakalischen Zustände präsentiren sich in den verschiedensten Abstufungen der Intensität: von einfacher heiterer Verstimmung mit grosser Redseligkeit, gehobenem Selbstbewusstsein und mässiger Bewegungsunruhe bis zu tobsüchtiger Aufregung mit vollkommener Incohärenz und totaler Verwirrtheit. Doch wird die Unterscheidung dieser Form der maniakalischen Exaltation von der wirklichen und reinen Manie in den meisten Fällen nicht allzu schwer sein, wenn man auf die totale Verlaufsverschiedenheit der beiden Zustände achtet. Der früher schon ausführlich dargelegte markante und charakteristische Verlaufstypus der epileptischen Geistesstörung wird einen diagnostischen Irrthum nur schwer zulassen. Selbst wo die Krampfanfälle fehlen oder nicht zu constatiren waren, wird das plötzliche Einsetzen, die in der Regel kurze Dauer und der plötzliche, unvermittelte Abfall der Erregung, zusammengehalten mit der Erinnerungslosigkeit der Kranken, die epileptische Manie in scharfer Weise von der reinen Manie unterscheiden.

Die Behandlung der Manie wird immer mehr weniger die Bekämpfung oder mindestens die Milderung einzelner Symptome im Auge haben. Und so wie die allgemeine Unruhe dem ganzen Krankheitszustande Charakter und Farbe verleiht, so wird auch die Therapie sich vorzugsweise gegen diese richten.

Gegen die Unruhe und Schlaflosigkeit der Maniakalischen werden die verschiedensten Mittel mit sehr wechselndem Erfolge in Anwendung gezogen. Die bei der Behandlung der Melancholie angeführten Beruhigungsmittel kommen selbstverständlich auch hier in Betracht, sind aber gegen die motorische Unruhe und die Exaltation der Manie von weit geringerer Verlässlichkeit in ihrer Wirkung. Insbesondere bleibt das Morphium, das wir gegen die ängstliche Aufregung der Melancholiker als wirksam und verlässlich vor allen anderen Medicamenten empfehlen konnten, ohne Wirkung auf den Verlauf der maniakalischen Hyperkinese und Agrypnie. Hingegen leistet das

Chloralhydrat in seiner einmaligen hypnotischen Wirkung meist so viel, als man von demselben erwartet, indem es einen mehrstündigen Schlaf herbeiführt. Doch gilt auch für diese Fälle die Regel, dass man sich durch das Ausbleiben der schlafmachenden Wirkung nicht zur Steigerung der Dosis verleiten lassen möge. Wenn auf 2 Grm. Chloral kein Schlaf eintritt, dann entschliesse man sich eher zu der schon früher erwähnten Combination von Chloral mit Morphium, als zu einer grösseren Dosis von Chloral allein. Die Erfahrung hat gezeigt, dass in solchen hartnäckigen Fällen eine geringe Steigerung der Chloraldosis keinen sicheren Erfolg hat, während die Intoxicationsgefahr doch erheblich vermehrt wird. Von der Combination der beiden narkotischen Mittel hingegen (2 Grm. Chloral und 0·02 grm. Morphium) haben wir in den meisten Fällen guten d. h. schlafmachenden Erfolg gesehen, ohne dass jemals irgend welche Gefahr eingetreten wäre. Von den anderen narkotischen Mitteln: Opium, Extr. cannabis, Extr. Hyosciam. und Hyosciamin haben wir keine verlässliche Wirkung gesehen.

In vielen und hartnäckigen Fällen von hochgradiger Aufregung und Schlaflosigkeit, wo uns alle Narkotica im Stiche liessen, haben uns Einpackungen nach Gräfenberg vorzügliche Dienste geleistet. Die Kranken werden in ein genügend grosses Leintuch, das in Wasser von 16—18° C. getaucht und ausgewunden wurde, sorgfältig und stramm eingewickelt und dann in grosse Wolldecken (Kotzen) gehüllt. So lange die Einpackung dauert, werden dem Kranken kalte Umschläge auf den Kopf gemacht. In dieser Einpackung bleibt der Kranke 1—1 $^1/_2$ Stunden. Schon nach $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde sind die früher sehr erregten und unruhigen Kranken ruhig geworden, der früher accelerirte Puls sinkt bedeutend herab und es tritt oft während der Dauer der Einpackung schon Schlaf ein, der nach der Einpackung noch durch Stunden anhält. Wir können dieses Verfahren umso mehr empfehlen, als es in den meisten Fällen von sehr gutem Erfolge begleitet ist, keine schädlichen Begleiterscheinungen hat und von den Kranken meist sehr gern und willig angenommen wird. Wir sahen oft Kranke, die ernstlich um die Belassung in der Einpackung baten.

Sehr gute Wirkung sahen wir ferner noch von prolongirten lauen Bädern. Wenn die Kranken 1—2 Stunden in einem Bade von 25—28° C. bleiben, dann verringert sich häufig die motorische Unruhe und es tritt mehrstündiger ruhiger Schlaf ein. Doch hat es oft unüberwindliche Hindernisse, den erregten und unruhigen Kranken auch nur durch kurze Zeit in einem Bade zu halten.

Neben dieser Bekämpfung der hervorragendsten Einzelsymptome, der Unruhe und der Schlaflosigkeit, wird die eigentliche Behandlung sich nach dem Gesammtbefinden und eventuell den Ursachen zu richten haben. Sind die Maniakalischen körperlich herabgekommen und liegt der Psychose, wie dies so häufig der Fall ist, ein schlechter Ernährungszustand und allgemeine Anämie zu Grunde, dann wird durch kräftigende Nahrung, durch Verabreichung guter Weine, durch roborirende Mittel, wie Eisen, Chinin, nicht nur der Erschöpfung durch den Aufregungszustand vorgebeugt, sondern die Restitution direct herbeigeführt oder doch beschleunigt.

Es dürfte vielleicht heute noch gerechtfertigt sein, bei Gelegenheit der Darlegung des allgemeinen Regimens, das gegenüber der hochgradigen motorischen Unruhe der Maniakalischen eingehalten werden soll, mit wenigen Worten der sogenannten „Zwangsbehandlung“ zu erwähnen. Dass die „Beschränkung“ der unruhigen und tobsüchtigen Kranken niemals als „Heilverfahren“ betrachtet wurde, bedarf wohl keiner speciellen Ausführung. Beschränkung und Fixirung Geisteskranker war immer nur der Ausdruck der Verlegenheit der Umgebung, wie dem Bewegungsdrange und den Ausschreitungen sehr erregter Patienten begegnet werden könnte. In dem Maasse, als diese Verlegenheit geringer wurde, keineswegs durch Zunahme des Mitleids und des Menschlichkeitsgefühls, sondern durch Erhöhung der Einsicht in den Krankheitszustand und durch entsprechende Verbesserung des Behandlungs- und Einrichtungsapparates der grossen Irrenanstalten, — in demselben Maasse ergab sich auch von selbst, dass die Beschränkung und Fixirung der Geisteskranken nicht so sehr aus der Natur des Krankheitsprocesses, als aus der der äussern Umstände und Verhältnisse fliesse, in welchen

ein solcher Kranker lebt. Je besser und zweckentsprechender diese Aussenverhältnisse sind, umso überflüssiger wird jede Zwangsbehandlung. Je vertrauter die Umgebung solcher Kranker mit allen Einzelheiten der Krankheit wird, je mehr sie aus der Erfahrung, die sie aus dem Verkehr mit den Geisteskranken schöpft, profitirt hat, umso leichter und natürlicher wird sie auch die Schwierigkeiten eines solchen Verkehrs zu bewältigen im Stande sein und umso ferner rückt die Nothwendigkeit einer mechanischen Beschränkung. Die sogenannte freie Behandlung, die also einfach ein Postulat besserer Erkenntniss und zweckentsprechenderer Einrichtungen und nicht des besseren Gefühls ist, wird in allen wohleingerichteten Anstalten in umso weiterer Ausdehnung gehandhabt werden können, je entsprechender der bauliche Theil der Anstalt und das Gesammtpersonale derselben ist. Sie wird hingegen nicht durchgeführt werden können, selbst bei der besten Gesinnung der leitenden Personen, wo diese beiden Bedingungen fehlen.

Die bauliche Grundbedingung für den Wegfall jeder mechanischen Beschränkung aber sind Isolirräume, die durch keine noch so grosse und intelligente Schaar von Pflege-Individuen zu ersetzen sind. Denn die Fixirung unruhiger Kranker durch Wartindividuen ist, abgesehen von ihrer Undurchführbarkeit, weit schlechter als jedes mechanische Fixationsmittel. Es kann natürlich nicht unsere Sache sein, an dieser Stelle ausführlicher in die weiteren baulichen Bedingungen und Einrichtungen der Isolirräume einzugehen und ist auch hierin noch lange nicht das Vollkommenste und Mustergiltigste erreicht. Ohne solche Isolirräume aber ist die Durchführung der zwangslosen Behandlung unmöglich. Denn an den beruhigenden Einfluss des gütigen und freundlichen Zuspruchs, an die Ablenkung des Kranken durch Beschäftigung wird wohl Niemand denken, dem auf diesem Gebiete Erfahrung zur Seite steht. Auch für den maniakalischen Exaltationszustand gilt die Erfahrung, dass je mehr Gegenstände und Personen, je mehr wechselnde Vorgänge in den Wahrnehmungsbereich der Kranken fallen, umso mehr sich die Erregung steigert und umso protrahirter deren Verlauf wird. Und ohne gerade die Sicherheit

und Entlastung der Umgebung mehr als nothwendig zu berücksichtigen, wird die Abgeschlossenheit und die Ruhe, die der Kranke im Isolirraume findet, auf den ganzen Aufregungszustand von wohlthätigem Einflusse sein.

---

8. Cap.

Die circuläre Geistesstörung.

Von ganz besonderem klinischen Interesse ist die Verbindung der Symptomencomplexe der Manie und Melancholie zu einem Krankheitsbilde, wie es zuerst Falret als „Folie circulaire“, dann Baillarger als „Folie à double forme“ beschrieb. Die Verbindung der beiden Erscheinungsgruppen erscheint in der Weise vollzogen, dass die vollständigen Krankheitsbilder der Manie und Melancholie mit einander abwechseln, so dass auf eine typisch verlaufende Melancholie, nach kürzerem oder längerem Intervalle, in welchem die Kranken als vollkommen hergestellt imponiren, in allmäligem Anstiege ein ebenso typischer Zustand maniakalischer Exaltation folgt, an welchen sich wieder durch ein Stadium scheinbarer Restitution getrennt die Melancholie anschliesst, welcher Cyclus in dem eben geschilderten Wechsel der Krankheits- und Intervallstadien während der ganzen Dauer der circulären Geistesstörung abläuft. Die Seltenheit der hierher gehörigen Fälle erschwert die Uebereinstimmung der Anschauungen über den ganzen Verlaufstypus dieser Erkrankungsform. Während Falret ein maniakalisches Initialstadium als die Regel ansieht, soll nach Meyer ein melancholisches Stadium den ganzen Cyclus einleiten. Wir selbst beobachteten in zwei Fällen einen vollen maniakalischen Zustand als erste Phase der circulären Geistesstörung. Es scheint also darin ebenso wenig eine Constanz zu herrschen, als in der Verlaufsdauer der einzelnen Phasen und in der Dauer der Intervalle, welche beide Phasen trennen. Doch stimmen alle Beobachter darin überein, dass die Dauer jeder einzelnen Erkrankungsphase, der maniakalischen,

so wie der melancholischen, in der Regel der Dauer der Manie und Melancholie überhaupt und ohne Rücksicht auf deren Combination zu dem Gesammtbilde der circulären Geistesstörung entspricht. Gewöhnlich, und so auch in unseren Fällen bestanden die Phasen durch 4—7 Monate, waren jedoch einander nicht vollkommen gleich. In einem von uns beobachteten Falle dauerte die initiale Manie 6 Monate, der auf diese folgende Intervall von psychischem Wohlbefinden etwa 4 Monate, die an diesen Intervall sich anschliessende Melancholie ebenfalls 4 Monate. Den Uebergang dieser zur folgenden maniakalischen Phase bildete kein ausgebildetes Gesundheitsstadium, sondern in verhältnissmässig rascher, wenn auch keineswegs unvermittelter Weise vollzog sich die Transformation in die nächste maniakalische Phase u. s. w. in vollkommener Unregelmässigkeit. In einem anderen Falle hingegen fiel die melancholische Erkrankung mit grosser Regelmässigkeit in die Sommermonate, der maniakalische Krankheitsabschnitt in den Winter.

Die Intervalle zwischen den beiden symptomatisch so verschiedenen Abschnitten des circulären Irreseins sind der Dauer und dem Inhalte nach verschieden. Oft ist kaum ein Intervall zu constatiren. An das langsam abklingende maniakalische Stadium schliesst sich eng der allmälige Anstieg der Melancholie und die Zeit der relativen psychischen Gesundheit zählt kaum nach Tagen; oder es setzt sich die Befreiung von dem psychischen Drucke des Depressionsstadiums direct und durch keine deutliche Intermission getrennt in die erhöhte Regsamkeit des maniakalischen Abschnittes fort. In anderen Fällen dauert der Intervall, in welchem die Kranken mit Recht als psychisch vollkommen gesunde Individuen imponiren, Wochen, selbst Monate an. Doch kann eine solche Intermission nur im Ablauf des ersten Krankheitscyclus für Genesung gehalten werden. Schon nach einmaligem Wechsel des voll entwickelten maniakalischen und melancholischen Zustandes wird die zwischen beiden beobachtete Periode geistiger Klarheit und Ruhe über ihre wahre Bedeutung nicht im Zweifel lassen.

Die Phasen der psychischen Störung selbst unterscheiden sich einzeln in Nichts von den gewöhnlichen klinischen Bildern

der Manie und Melancholie. In ganz allmäligem Anstiege entwickelt sich, wie dies bei der Darlegung der reinen Manie ausgeführt wurde, die maniakalische Phase der circulären Geistesstörung unter zunehmender motorischer Unruhe, expansiver heiterer Verstimmung, übermüthigem, ausgelassenem Verhalten grosser Redseligkeit und anhaltender Schlaflosigkeit. Doch steigert sich der Zustand, nach der übereinstimmenden Beschreibung der meisten Autoren, niemals bis zur vollen Tobsucht sondern hält sich immer auf einer mittleren Intensitätshöhe Die Kranken lassen in Haltung und Geberden wohl gesteigertes Selbstgefühl erkennen, doch kommt es nicht zur Aeusserung wirklicher Grössenideen. Sie erscheinen putzsüchtig, kokett, redselig, versuchen sich in gewählterer Sprache, machen Reime, geben sich im Zeichnen und Malen der Einbildung einer wahrhaften künstlerischen Befähigung hin, machen Heiratsprojecte, sind im Verkehr mit dem anderen Geschlechte gefallsüchtig, herausfordernd, drängen sich in erotischer Erregung heran, doch sind sie nur selten verwirrt und incohärent. Der Körperzustand leidet dabei sehr wenig. Die Kranken sehen vortrefflich und, gegen ihr Aussehen im melancholischen Zustande, blühend aus. Der Gesichtsausdruck ist lebendig, der Blick keck und unternehmend, in Haltung und Bewegungen drückt sich Kraft und Unternehmungslust aus und vergleicht man das Aussehen der Kranken in diesem maniakalischen Abschnitte mit dem in der Depressionsphase ihrer Erkrankung, so erscheinen sie gegen dieses thatsächlich verjüngt. All die Frische, Lebendigkeit und Unternehmungslust des Exaltationsstadiums weicht mit dem Eintritt der traurigen Verstimmung der vollständigen Kehrseite des psychischen und physischen Lebens im eben abgelaufenen maniakalischen Exaltationszustande. Die Kranken schleichen matt umher oder sitzen vollkommen regungslos und apathisch da, nehmen kaum irgend welchen Antheil an den Vorgängen in ihrer Umgebung, ihr Gesicht ist verfallen, hat jede Färbung und jeden Ausdruck verloren, der Blick ist matt und unstät, die Sprache und die Bewegungen erfolgen wie automatisch, langsam und unsicher; die Haltung ist gebrochen, das Aussehen fahl und gealtert, das Athmen gepresst, der Puls klein, schwach,

verlangsamt. Oft zeigen die Kranken hochgradige Atonie und vorübergehend auch Flexibilitas cerea, haben Salivation und sind total unrein.

In den meisten hieher gehörigen Fällen aber sind die Kranken hochgradig ängstlich erregt und steigert sich diese ängstliche Aufregung nicht selten bis zu förmlichen paroxysmellen Angstausbrüchen mit heftigem Bewegungsdrang, Wüthen gegen sich selbst und Selbstmordversuchen. Den Inhalt dieser Angstzustände bilden zumeist Selbstanklagen wegen schlechten und gottlosen Lebenswandels, Besorgnisse religiöser Natur oder aber es lässt sich gar kein Vorstellungsinhalt des melancholischen Zustandes nachweisen und die Kranken klagen nur über Druck auf der Brust, Zusammenschnüren des Halses und wissen keinen Grund für die sichtbaren Erscheinungen ihrer Angst anzugeben. Hallucinationen sind nur in höchst seltenen ausnahmsweisen Fällen in dem melancholischen Abschnitte des Krankheitscyclus einer circulären Geistesstörung nachzuweisen.

Ueber den der geschilderten Störung zu Grunde liegenden cerebralen Zustand und die pathologischen Vorgänge im Gehirne lässt sich derzeit nicht einmal eine einigermassen gerechtfertigte Vermuthung aussprechen. Pathologisch-anatomische Befunde liegen überhaupt nicht vor und die bis jetzt versuchten physiologischen Erklärungen sind weit entfernt davon, klinische Beachtung beanspruchen zu können. Ist schon die Summe alles dessen, was zum wissenschaftlichen Verständnisse der einfachen Manie und Melancholie an physiologischen Erklärungsversuchen beigebracht wurde, nach keiner Seite hin befriedigend, um wie viel weniger können die hypothetischen, durch keinerlei Erfahrungsthatsachen erhärteten Erklärungsversuche dem wirklichen klinischen Verständnisse der so complicirten und merkwürdigen psychischen Erkrankungsform genügen. Bei dieser, so wie bei den meisten anderen Formen psychischer Erkrankung müssen wir uns daher mit der Beschreibung der Erscheinungs- und Verlaufsweise begnügen und sehen der Erschliessung des wirklichen wissenschaftlichen Verständnisses noch entgegen.

Als ätiologisches Moment der circulären Geistesstörung ist in erster Linie und hauptsächlich die hereditäre

Belastung anzusehen. In den meisten der hierher gehörigen Fällen der Literatur, wie auch in den von uns beobachteten Fällen von circulärem Irresein war ausgesprochene hereditäre Disposition zu psychischen Erkrankungen nachzuweisen.

Das Alter, in welchem die circuläre Geistesstörung zum Ausbruch kommt, bietet keinerlei Besonderheit. Wir sahen sie in den ersten Zwanziger-Jahren und auch nach dem sechzigsten Lebensjahre auftreten. Ebenso wenig scheint ein Geschlecht besonders prädilectionirt zu sein. Unsere Fälle vertheilten sich vollkommen gleichmässig auf das männliche und weibliche Geschlecht.

Die Prognose der circulären Form der Geistesstörung ist im hohen Grade ungünstig. Alle Autoren stimmen in der prognostischen Beurtheilung überein, dass, wo die circuläre Verlaufsweise einer psychischen Störung festgestellt ist, die Aussicht auf vollkommene Restitution schwindet. Wohl aber kommt es vor, dass die einzelnen Störungsphasen unter so geringer Intensität der pathologischen Phänomene verlaufen, dass sie der Umgebung kaum als psychische Alienation imponiren und auch kein ärztliches Eingreifen provociren. Ebenso können die Uebergangsstadien zwischen den melancholischen uud maniakalischen Perioden von längerer Dauer sein und so für die Kranken selbst, gleichwie die Remissionen in der epileptischen Psychose, Zeiten relativer psychischer Gesundheit bedeuten.

Doch ist weder für die dauernden Intensitätsdifferenzen der melancholischen und maniakalischen Phasen, noch für die längere Dauer der Intermissionen das therapeutische Vorgehen massgebend.

Die Therapie der circulären Geistesstörung wird niemals gegen die Krankheit als Ganzes sich richten können, sondern wird sich auf eine Bekämpfung der einzelnen Symptome beschränken müssen und sich dem Wechsel derselben anschliessen. Bei einer solchen symptomatischen Behandlung werden alle jene Gesichtspunkte massgebend sein, die bei der Behandlung der maniakalischen und melancholischen Zustände geltend gemacht wurden.

Anhang.

Mit Ausnahme der paralytischen Geistesstörung, bei deren Ausführung die auf diese Form der Alienation bezüglichen autoptischen Befunde mit in Betracht gezogen wurden, ist von den Sectionsbefunden bei den verschiedenen Formen der Geistesstörungen nicht die Rede gewesen. Dass dieser Mangel nicht zufälliger Natur oder Ausfluss einer Bequemlichkeitsrücksicht sei, wird wohl keiner besonderen Beweisführung bedürfen. Die Absichtlichkeit, mit der wir die Darlegung der pathologisch-anatomischen Daten der Psychiatrie vermieden haben, liegt vielmehr offen zu Tage. Man würde irren, wenn man annähme, dass die Gründe dieses Schweigens, das wir uns absichtlich auferlegten, zusammenfallen mit der Erwägung, dass die pathologisch-anatomischen Thatsachen der Psychiatrie keine evidenten und zweifellos durchsichtigen Beziehungen zu den Symptomen der klinischen Beobachtung haben, wie dies in der Einleitung berührt wurde. Denn diese Erwägung könnte allenfalls zur vorsichtigen Verwerthung des eventuellen Befundes veranlassen, sie könnte aber durchaus nicht ein gänzliches Uebergehen aller autoptischen Resultate rechtfertigen. Wie wir früher schon zu erwähnen Gelegenheit hatten, bliebe der Werth von pathologisch-anatomischen Ergebnissen selbst dann ungeschmälert, wenn wir deren directen Zusammenhang mit den Resultaten der Beobachtung an den Kranken vorläufig auch nicht begreifen würden und das Ursachsverhältniss dieser beiden Erscheinungsreihen nicht klarzulegen vermöchten. Wir wären bei einem solchen Stande der Sachen gezwungen gewesen, die Thatsachen der pathologisch-anatomischen Untersuchungen einfach zu registriren, ohne Rücksicht auf deren klinische Unverständlichkeit, — wie wir dies bei der paralytischen Geistesstörung thaten.

Dass wir aber die Anführung von pathologisch-anatomischen Daten bei den einzelnen Formen psychischer Störung (mit Ausnahme der Paralyse) vollständig unterlassen haben, liegt in dem Mangel solcher Daten überhaupt. Denn diejenigen Daten, die eventuell angeführt werden könnten, sind nicht so sicher und verlässlich, dass sie in ein Compendium aufgenommen werden könnten. Vor allem aber besitzt die Psychiatrie nicht autoptische Ergebnisse, auf deren Nachweis man in allen Fällen rechnen könnte. Und es versteht sich von selbst, dass ein Befund, der, abgesehen davon, dass er keine Erklärung der im Leben beobachteten Erscheinungen bietet und der auch nicht in der Weise typisch ist, dass man nach bestimmten am Kranken beobachteten Störungserscheinungen mit Sicherheit auf denselben rechnen kann, — in so hohem Grade unsicher und schwankend ist, dass er kaum noch als Befund einer Gruppe von Krankheitssymptomen gelten kann.

Die Erfahrung eines einzelnen Beobachters bleibt für solche Entscheidungen unzulänglich und gar nicht maassgebend, selbst wenn diese Erfahrung sehr ausgedehnt ist. Der Ausspruch, dass die vorliegenden pathologisch-anatomischen Forschungsresultate der klinischen Pychiatrie nicht nur unzureichend nach jeder Richtung sind, sondern, mit Ausnahme der paralytischen Geistesstörung, für die einzelnen Formen der psychischen Störungen nichts Sicheres und Charakteristisches haben, — der Ausspruch ist auch nicht blos auf unsere individuelle Erfahrung basirt, sondern ist das Facit der Summe von Erfahrungen, die sich in den literarischen Archiven der Psychiatrie vorfinden. Auch waren hiebei keineswegs kleine Abweichungen und deren willkürlich erhöhte Werthschätzung von Befunden, die sonst im Grossen und Ganzen gleichen oder ähnlichen Charakter trugen, ausschlaggebend. Denn obgleich es misslich erscheinen mag, Variationen und Abweichungen solcher Befunde auch noch als individuelle und geringfügige Verschiedenheiten zu betrachten, wenn selbst die vollkommenste Congruenz der Befunde weit davon entfernt ist, ein wirkliches klinisches Verständniss zu erschliessen; so waren es doch nicht solche Detailverschiedenheiten, deren Bedeutung in den uns beschäftigenden Fällen

gar nicht zu bemessen ist, die uns die pathologische Anatomie der Psychosen übergehen liessen. Vielmehr hat einerseits der totale Mangel an Befunden überhaupt und andererseits die Unmöglichkeit, eine Uebereinstimmung in dem allenfalls vorliegenden pathologisch-anatomischen Materiale herbeizuführen, zusammen mit der nothwendigen Rücksicht auf den Zweck dieses Compendiums von einer Darlegung zweifelhafter und widersprechender Befunde abgehalten. Wir wollen diese Verhältnisse hier, ausserhalb des Zusammenhanges mit den klinisch festgestellten Symptomencomplexen psychischer Erkrankung, an einigen Beispielen näher beleuchten.

Für die Erscheinungsgruppen der Melancholie und Manie wird die Anämie und Hyperämie des Gehirns als voller pathologisch-anatomischer Erklärungsgrund angenommen. Die Sectionsbefunde erhärten diese Annahme keineswegs in allen Fällen in zweifelloser Weise. Es gelingt in sehr vielen Fällen nicht nur nicht der Nachweis von ausgesprochener Anämie des Gehirns bei Melancholie und von unzweifelhafter Hyperämie bei Manie, sondern man findet gerade die umgekehrten Verhältnisse des Blutgehaltes im Gehirne. Ausgesprochene und hochgradige Gehirnanämie ist kein seltener Befund nach intensiven maniakalischen Erregungszuständen. Wir sprechen hier nur von dem Einblick, den die Autopsie erschliesst und lassen die Erfahrungsthatsache, dass allgemeine Anämie in der überwiegendsten Zahl der Krankheitsfälle mit intensiver maniakalischer Exaltation einhergeht, ganz ausser Betracht, weil der innere Zusammenhang von allgemeiner Blutleere, mit Gehirnanämie, wenn auch im hohen Grade wahrscheinlich, doch nicht vollkommen sicher ist. Andererseits gehört der autoptische Nachweis von Hyperämie des Gehirns nach florider Melancholie durchaus nicht zu den seltensten Ausnahmen und erinnern wir hier an den von Leidesdorf demonstrirten und mitgetheilten Fall einer typisch verlaufenen Melancholie, in welchem die Section eine intensive Hyperämie des Gehirns und seiner Häute nachweisen liess.

Der Einwand, dass solche widersprechende Befunde nur Ausnahmen seien und dass die Mehrzahl der Autopsien doch die Annahme von Melancholie mit Anämie und von Manien mit

Hyperämie des Gehirns bestätige, kann keine Geltung beanspruchen, weil die statistische Methode in solchen Fragen keine Berechtigung hat. Denn soll der Sectionsbefund eine klinische Bedeutung haben, dann muss man nach bestimmt beobachteten Krankheitserscheinungen auf denselben rechnen können oder die eventuelle Abweichung ebenfalls aus den Erscheinungen zu begründen im Stande sein. Der weitere Einwand aber, dass der Sectionsbefund, so weit er sich auf den Blutgehalt der Organe bezieht, nicht immer dem Zustande des Organs entspreche, der im Leben herrschte, kann von beiden entgegengesetzten Anschauungsweisen mit gleicher Berechtigung für sich in Anspruch genommen werden. Denn demonstrirt einmal die bei der Obduction nachgewiesene Anämie des Gehirns nach Manie nicht den wirklichen Blutgehalt während des Lebens, so kann im anderen Falle dem Nachweise von Hyperämie ebenso wenig stringente Beweiskraft zugesprochen werden.

Für die hallucinatorische Form des Irreseins, den Symptomencomplex, den man mit dem Namen „Verrücktheit“ bezeichnet, ist es noch kaum versucht worden, eine pathologisch-anatomische Erklärung zu liefern. Denn obwohl die Sectionen von Verrückten nicht selten sind, weil ja diese psychische Erkrankungsform in den meisten Fällen bis zum Tode persistirt, haben die autoptischen Ergebnisse keinen bestimmten und typischen Charakter erkennen lassen. In vielen hieher gehörigen Fällen fehlt überhaupt jede erkennbare und nachweisbare Veränderung des Gehirns so vollständig, dass man sich nachgerade mit Resignation gewöhnt hat, auf einen Gehirnbefund bei der „Verrücktheit“ zu verzichten.

Ebenso fehlen pathologisch-anatomische Daten für die circuläre Form des Irreseins, die an und für sich ausserordentlich selten zur Beobachtung kommen und noch seltener einer pathologisch-anatomischen Untersuchung zufallen.

Ebenso unsicher und schwankend sind die Obductionsresultate bei der Epilepsie, wo man trotz eifriger und mit wirklicher Hingebung fortgesetzter Untersuchungen nicht zu zweifellosen Ergebnissen kam. Die vor langer Zeit ausgesprochene und dann wieder aufgegebene Annahme, dass in der pathologischen

Veränderung der Ammonshörner das Substrat der Epilepsie gefunden sei, hat auch immer nur, und so in letzter Zeit wieder durch Pfleger, statistische Belege erhalten. In einer verschieden grossen Reihe zur Obduction gelangter epileptischer Individuen wurden Veränderungen der Ammonshörner in wechselndem Zahlenverhältnisse gefunden. In vielen Fällen war keine nachweisbare Veränderung an den Gehirnen von Epileptikern zu finden. Wir selbst fanden bei den Obductionen von Epileptikern bald zweifellose Veränderungen an den Ammonshörnern von ganz verschiedenem Charakter, bald aber fehlte jedes pathologisch-anatomische Factum. Bei einem solchen Stande der Sachen fehlt uns jedes Maass zur Bestimmung des Werthes dieses eben erwähnten Befundes und es wird fraglich, ob man es in demselben nicht blos mit einem zufälligen Befunde zu thun hat, der vielleicht viel allgemeiner ist und der nur wegen der voreingenommen befangenen und dadurch erhöhten Aufmerksamkeit, die gerade diesem Befunde bei Epileptischen zugewendet wird, bei dieser Form auch in grösserer Zahl nachgewiesen wurde. Wir wollen damit keineswegs die Befunde bezweifeln, über welche ja kein Zweifel obwalten kann, sondern ganz im Gegentheile meinen wir, ob nicht der angezogene Befund viel häufiger und verbreiteter ist und nur in Folge der so allgemeinen menschlichen Fehlerquelle: das Nichtgesuchte auch nicht zu finden, vielfach übersehen wird. Aber selbst wenn dies nicht der Fall wäre, könnte man in der pathologischen Veränderung der Ammonshörner nicht das materielle Substrat der Epilepsie sehen, so lange der gleiche Befund nicht in allen Fällen von Epilepsie nachgewiesen werden kann oder jene Fälle, in welchen der Befund nicht vorhanden ist, auch klinisch unterschieden werden können von denen mit dem mehrfach erwähnten Sectionsergebnisse.

Auch die Kenntniss der Obductionsbefunde bei Alcoholismus ist zu keinem definitiven Abschluss gekommen. Der chronische Alcoholismus, wie er nach jahrelangem Verlauf unter zunehmendem allgemeinen Marasmus zur Obduction kommt, zeigt einen Befund, der dem der paralytischen Geistesstörung so sehr entspricht, dass eine Unterscheidung der beiden Sectionsergebnisse kaum möglich ist. Der Befund der acuten, fou-

droyanten Alcoholvergiftung hingegen geht über das wenig charakteristische, allgemeine Hirnödem nicht hinaus.

Mit der bloss andeutungsweisen Darlegung der pathologisch-anatomischen Verhältnisse, so weit sie sich auf unseren Gegenstand beziehen, und mit dem Hinweise auf deren schwankenden und derzeit noch unsicheren Charakter, sollte keineswegs nachgewiesen werden, dass die pathologisch-anatomischen Forschungen überflüssig oder werthlos für die klinische Psychiatrie seien. Unsere Darstellung hat nur der jetzt bestehenden Sachlage zu entsprechen gesucht. Und so wird wohl jede Darstellung vorgehen müssen. Wir müssten die Grenzen unserer heutigen Einsicht in das vorhandene pathologisch-anatomische Material und unsere Erkenntniss von dessen Beziehungen zu den klinischen Erscheinungen der Geistesstörungen willkürlich verschieben und weiter setzen als wir es mit Recht dürfen, wenn wir mit dem Stand, wie er heute herrscht, zufriedener schienen und der pathologischen Anatomie einen grösseren Raum in unseren Auseinandersetzungen widmen sollten. Nicht etwa die compendiöse Form des Buches haben uns Umgang nehmen lassen von einer ausführlicheren und breiteren Darlegung dieses eben besprochenen Theiles der Psychiatrie, denn eine solche Unterlassung könnte durch Rücksicht auf Form und Umfang nicht entschuldigt werden; sondern hauptsächlich die stete Rücksicht auf den Hauptzweck, den wir vor Augen haben, hat uns davon abgehalten, dem jedenfalls Unfertigsten und Zweifelhaftesten in der klinischen Pychiatrie eine dem Raume nach erschöpfendere Behandlung angedeihen zu lassen. Denn darüber kann wohl keine Meinungsverschiedenheit obwalten, dass die Summe aller der pathologisch-anatomischen Forschungsergebnisse, die sich auf unseren Gegenstand beziehen, ausserordentlich klein ist im Verhältnisse zu der Reihe von krankhaften Erscheinungen, welche durch jene gedeckt werden sollen. Weiters aber kann auch nicht bestritten werden, dass von dieser kleinen Summe von pathologisch-anatomischen Thatsachen wieder nur ein kleiner Bruchtheil so typisch feststeht, dass er als unverrückbarer Gewinn der aufgewendeten Untersuchungsmühen betrachtet werden kann. Nicht nur, dass die pathologische Anatomie der

Psychiatrie, wie sie uns heute vorliegt, keinesfalls für eine ferne Zukunft bestimmt scheint, — sie enthält auch für unsere derzeitige Auffassung noch sehr viel des Zweifelhaften und Streitigen; jedenfalls noch zu viel des Zweifelhaften und Anzufechtenden, als dass wir sie für den täglichen Gebrauch geeignet halten könnten. Geht doch aus den erschöpfenden und von tiefem Denken getragenen Auseinandersetzungen Nothnagels*) hervor, dass die Gehirnerkrankungen, die an und für sich in ihren Erscheinungen fassbarer, in ihrem histologischen Wesen kenntlicher und klarer, in ihrem ursächlichen Zusammenhange mit den Krankheitssymptomen durch anatomische und experimentelle Forschungen evidenter sind, als diejenigen Affectionen des Centralnervensystems, mit welchen es die Psychiatrie zu thun hat; — geht doch aus diesen hervor, dass die Krankheiten des Gehirns im Allgemeinen noch lange nicht in wünschenswerther Sicherheit und Verlässlichkeit dem klinischen Verständnisse erschlossen sind.

Dies ist der jetzige, nicht eben erfreuliche Stand des einschlägigen Capitels der pathologischen Anatomie. Dass derselben ein hoher selbständiger Werth zukommt; dass auch deren specielle Beziehungen zu den noch grossentheils räthselhaften Krankheitserscheinungen unserer Disciplin aufgedeckt werden, kann nicht zweifelhaft sein. Freilich dürfte gerade die weitere Entwicklung dieser Specialwissenschaft zeigen, dass für eine Reihe von pathologischen Vorgängen im Gehirne das gewebliche Substrat vergeblich gesucht wird und dass wir es lediglich mit Functionsstörungen zu thun haben, deren substantielle Grundlage unseren Methoden und Mitteln der Untersuchung vollkommen umzugänglich ist. Das Gebiet der Anthropologie, die Kenntniss der cerebro-psychischen Vorgänge, das durch so lange Zeit der Tummelplatz traumhafter speculativer Untersuchungen und vager hypothetischer Vermuthungen war, wird wohl noch eine Weile den Gegenstand solcher Untersuchungen abgeben müssen, denen das greifbare Substrat abgeht und die sich auf dem Gebiete physikalischer resp. physiologischer Fragen und Erwägungen bewegen.

---

*) „Topische Diagnostik der Gehirnkrankheiten."

Vielleicht auch wird bei den Untersuchungen, welche unseren Gegenstand, die Störungen der psychischen Functionen betreffen, niemals das Gebiet der physikalischen Erwägungen überschritten werden. Die ganze grosse Reihe von klinischen und experimentellen Forschungen aus dem Gebiete der Gehirnpathologie und alle Localisationsversuche der cerebralen Functionen haben nur die Beziehungen einzelner sehr einfacher Muskelbewegungen zu gewissen enger umschriebenen Gehirnbezirken aufzudecken vermocht. Und wenn die mit so ausserordentlicher Geistesschärfe durchgeführte Analyse Stricker's*) in allen Theilen richtig ist, dann hat man es auch in dem „Sprachfelde“ des Gehirns nur mit einem motorischen Felde zu thun und das ganze weite Gebiet der sensorischen und psychischen Vorgänge steht in einer noch durchaus unerkannten Beziehung zu einzelnen Theilen des Gehirns.

Die Verlegung der einschlägigen Untersuchungen aber aus dem Gebiete der Anatomie auf das der Physiologie, wie sie mit der zunehmenden Erfahrung immer nothwendiger und unerlässlicher scheint, muss nicht gleichbedeutend sein mit einer Störung der Exactheit und der Aufhebung der Verlässlichkeit der gewonnenen Ergebnisse. Denn die Exactheit von Forschungen liegt nicht in dem durchforschten Materiale, sondern in der Methode der Forschung. Es kann das sinnenfälligste und greifbarste Material in ganz inexacter Weise verwendet und bearbeitet werden und andererseits können Untersuchungen, deren Ausgangspunkt und Stoff nicht im Bereiche der Sinnesobjecte liegt, Resultate von unbestreitbarer Exactheit und Giltigkeit zu Tage fördern.

---

*) „Studien über die Sprachvorstellungen.“

Druckfehler.

Seite 55, 1. Zeile von oben statt „Jeder“ liess „Jedem“.
„ 64, 15. „ „ „ „ „das“ „ „dass“.
„ 56, 11. „ „ unten „ „den“ „ „dem“.
„ 145, 13. „ „ oben „ „demselben“ liess „denselben.“
„ 170, 5. „ „ „ „ „hatte“ liess „hätte“.

Von demselben Verfasser erschien bereits:

Werth und Bedeutung
der
Reformbestrebungen in der Classification
der Psychosen.

Stuttgart, (Enke) 1877. br. 80 Pf.

Die cerebralen
Grundzustände der Psychosen.

Stuttgart, (Enke) 1878. br. 1 M. 60 Pf.

Ferner erschien, mit Beiträgen des Verfassers:

Studien, psychiatrische
aus der Klinik des Professor Leidesdorf.

Wien, (Braumüller) 1877. m. 2 Tfln. br. VI. 282 S.

Inhalt.

Leidesdorf, Allgemeines und Statistisches über die psychiatrische Klinik in der nied.-österr. Irrenanstalt. Weiss, die psychische Epilepsie. Svetlin, Elektro-Untersuchungsresultate bei Dementia paralytica. Weiss, die unter dem Einflusse der Alkohol-Intoxication zu Stande kommenden Convulsionen. Svetlin, Atropin und seine Anwendung gegen Epilepsie. Klein und Svetlin, Untersuchungen über den Einfluss des Sympathicus auf die Circulation des Augengrundes. Svetlin, über den Werth hydratischer Einwickelungen in maniakalischen Erregungszuständen. Klein, Augenspiegelstudien bei Geisteskranken. Leidesdorf, casuistische Beiträge zur Frage der primären Verrücktheit. Weiss, die Myelitis paralytica. Weiss, ein Fall von Hämatomyelie.

3 fl. = 6 M.

Buchdruckerei von Karl Prochaska in Teschen.

Handbuchbinderei
H. B. Schiedeck 1984

BSB Bayerische StaatsBibliothek
MDZ Münchener DigitalisierungsZentrum Digitale Bibliothek

Weiss, Jacob

Compendium der Psychiatrie für praktische Ärzte und Studierende

Wien 1881
Path. 1375 u
urn:nbn:de:bvb:12-bsb11873863-0